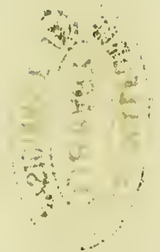
DE LA

RÉTROVERSION UTÉRINE

PENDANT LA GROSSESSE



DE LA

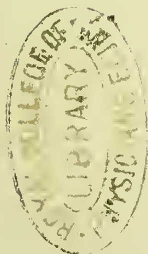
RÉTROVERSION UTÉRINE

PENDANT LA GROSSESSE

PAR

le docteur Paul DUCOR





PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1879



DE LA

RÉTROVERSION UTÉRINE

PENDANT LA GROSSESSE

INTRODUCTION

Organe de la gestation, appelé par suite même de se évolutions physiologiques à subir des changements notable de situation, de direction, de forme et de volume, l'utérus est à peu près flottant et comme en équilibre dans la cavité du petit bassin où il est situé sur la ligne médiane, au-dessus du vagin, entre la vessie et le rectum. Son fond répond à peu près au sommet de la vessie et au niveau du détroit supérieur, dont le grand axe se confond sensible ment avec le sien.

L'organe gestateur est plus ou moins solidement fixé par six ligaments, en partie fibreux et dont les parties musculaires se développent surtout pendant la grossesse (Boivin, Deville, Hélie et Chenantais (1), Guyon (2)). Ce sont : les *ligaments antérieurs* ou *vesico-utérins* peu importants,

1. *Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse*, par Th. Hélie, avec Atlas de dix planches par M. Chenantais. Paris, 1864.

2. J. C. F. Guyon. *Etude sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité.* Paris, 1850, nº 48.

d'après M. Richet (1) et qui, chez certaines femmes, n'existent qu'à l'état rudimentaire ; les *ligaments latéraux ou larges* qui jouent au contraire un rôle très-important dans l'histoire physiologique et pathologique de la matrice; ils s'opposent efficacement surtout à la déviation latérale de l'utérus et par les *ligaments ronds* ou *sus-pubiens* contenus dans leur repli ou aileron antérieur, luttent avantageusement contre le renversement du fond en arrière ; enfin les *ligaments, postérieurs utéro-sacrés* ou *recto-utérins* qui, de la portion médiane et postérieure du col, vont, en divergeant, se fixer en arrière, sur les bords latéraux de la région moyenne du sacrum et qui, pour M[me] Boivin, « sont non moins propres que les sus-pubiens à conserver au viscère sa situation normale ; car, si ces derniers empêchent le fond de se renverser en arrière, les premiers empêchent le col de se porter trop en avant. »

Des expériences de M. Richet, il résulte que les ligaments postérieurs ont une action telle qu'il est « souvent impossible de mettre l'utérus en rétroversion complète tant qu'ils sont intacts » même après la section des ligaments larges. D'après Malgaigne (2), ils constitueraient *le seul obstacle* à l'abaissement de la matrice. En réalité « ils partagent, avec les ligaments larges et le péritoine qui ferme la cavité pelvienne, la fonction de suspendre et de fixer non-seulement l'utérus, mais encore le vagin » (3). Contrairement à M. Richet, M. Bennett considère le vagin comme le principal soutien de la matrice. C'est aussi l'opinion

1. A. Richet. *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 4e édit. Paris, 1873.

2. Malgaigne. *Anatomie chirurgicale.*

3. Richet. *Loc. cit.*

d'Aran (1), de Courty (2) et de plusieurs autres auteurs. Et cependant M. Stoltz a pu enlever tout le vagin sans que l'utérus ait éprouvé le moindre changement dans sa direction.

Quoi qu'il en soit, l'utérus est, somme toute, maintenu en place par des attaches lâches et extensibles, qui lui permettent de se mouvoir et de se déplacer en tous sens. Cette disposition éminemment favorable à l'accomplissement de ses fonctions, l'expose par contre à des déplacements variés qu'il est facile de prévoir, lorsqu'on étudie son histoire anatomique et pathologique. La matrice peut s'abaisser plus ou moins et on aura suivant le degré du déplacement l'abaissement simple ou descente, la chute incomplète, la chute complète ou prolapsus, dans laquelle la matrice, hors du vagin, dépasse la vulve et pend plus ou moins bas entre les cuisses. La totalité de l'organe peut se déplacer dans l'excavation pelvienne ; s'il pivote sur son axe transversal de façon que le corps s'incline plus ou moins en avant et le col en arrière, l'utérus sera dit en *antéversion* ; une disposition contraire constitue la *rétroversion,* et dans ce cas, le fond de la matrice se dirige plus ou moins en arrière et en bas dans la courbure du sacrum, tandis que le col est plus ou moins porté en avant et en haut vers la symphyse des pubis. La *latéroversion* est cette variété de déviation dans laquelle le corps est à droite ou à gauche du bassin tandis que le col regarde le côté opposé.

Si le fond de l'organe s'infléchit, le col restant en place, on dit qu'il y a *antéflexion*, *rétroflexion*, *latéroflexion*,

1. Aran. *Etudes anatomo-pathologiques sur la statique de l'utérus. Arch. gén. de médec.* Février et mars 1858.

2. Courty. *Traité prat. des maladies de l'utérus*, 2e édit. Paris, 1872.

suivant le sens du déplacement. M. Lala (1) a insisté sur la différence entre les ligaments du corps de l'utérus, séreux ou musculaires, et ceux du col, fibreux, solides, résistants ; cette disposition explique facilement le mécanisme de la production des flexions, beaucoup plus fréquentes que les versions. Je dois dire que d'après les recherches de MM. Piachaud (2) et Boulard (3) l'état normal de l'utérus, tant qu'il n'y a pas eu de grossesse, serait l'antéflexion ; cette opinion fut soutenue par MM. Verneuil, Aran et quelques autres.

« Les axes du corps et du col de l'utérus, dit M. Courty, ne sont pas absolument en ligne droite, le col pour aller au-devant du vagin, suivant un peu l'axe du petit bassin et le corps s'inclinant légèrement en avant, de manière que son fond regarde un peu la paroi abdominale. » Cette opinion, en ce qu'elle a de trop absolu, a été refutée par M. Depaul, et par M. Richet qui a discuté longuement 107 observations de M. Boulard, 37 de F. A. Aran, 55 de M. Lala, auxquelles il ajouta 90 observations personnelles.

Quoi qu'il en soit, les déplacements que nous venons de signaler sont souvent passagers et transitoires ; ils peuvent même disparaître sous l'influence de la gestation. Mais, s'ils persistent, on observe souvent des accidents sérieux qui mettent en péril les jours de la mère et de l'enfant. De ces accidents de la grossesse, la rétroversion est, sans

1. Lala. *Essai sur les déplacements de l'utérus.* Paris, 1857.

2. Piachaud. *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité.* Th. Paris, nº 76, 1852.

3. Boulard. *Quelques mots sur l'utérus*, Th. Paris, nº 87, 1853.

contredit, un des plus intéressants, soit par sa gravité que nous venons de signaler, soit par son peu de fréquence, qui complique les difficultés du diagnostic et peut aisément surprendre l'expérience du médecin. Je m'attacherai uniquement à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide.

On définit la rétroversion : cette variété de déviation dans laquelle la totalité de l'organe s'est déplacée dans l'excavation pelvienne en pivotant sur son axe transversal, de façon que le fond se dirige plus ou moins en arrière et en bas dans la courbure du sacrum, tandis que le col est plus ou moins porté en avant et en haut vers la symphyse du pubis. On ne peut faire l'histoire de la rétroversion sans étudier aussi une forme insolite de l'utérus, que M. Depaul a très-bien fait connaître et qui a été décrite sous les noms d'*obliquité postérieure, situs obliquus posterior uteri gravidi*, de *dilatation sacciforme* du segment postérieur de la matrice, de *rétroversion partielle* de cet organe.

Je ne suivrai pas l'ordre généralement adopté et ne rechercherai les causes de la rétroversion qu'après en avoir étudié les symptômes, la marche, le diagnostic, l'anatomie pathologique. Je crois que ces connaissances sont indispensables lorsqu'on veut se rendre compte du mécanisme de la rétroversion. En s'occupant d'abord de l'étiologie, sans connaître comment se comporte la maladie, on risque d'obéir surtout à des vues de l'esprit et de négliger l'enseignement précieux des faits ; en raisonnant sur la réalité des choses, on a plus de chances de ne pas s'égarer et de ne pas subir l'influence d'idées préconçues.

Je consacrerai quelques pages à l'historique, qui offre dans cette question un intérêt particulier.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

De tout temps, les accoucheurs ont connu les déplacements de la matrice.

Divers passages des livres hippocratiques en font mention ; mais, non content de signaler les véritables déviations de l'utérus, le père de la médecine attribue à l'organe gestateur la faculté de voyager dans la cavité abdominale et même au-delà en produisant des désordres nombreux et variés, dont quelques-uns ne sont évidemment autre chose que des phénomènes hystériques : « At quicumque ab « utero morbi contingunt, hoc est cum uteri moti loco fue- « rint... Ii aliàs alio irruunt ; quocumque autem irruerint, « eo vehementer dolores feruntur.... Quod si uteri circa he- « par ac præcordia diutius immoventur, mulier suffocatur » (*de morbis mulierum*, lib. I et II). Certains passages paraissent cependant plus scientifiques et semblent se rapporter à la rétroversion : « Si uteri ad medios lumbos fuerint, dolor « imum ventrem, deinde crura detinet, cumque ventris « onus deponit acutiores suboriuntur, stercusque non nisi « vi progreditur, urina guttatim fertur, et animo liquitur » (*de natura muliebri*).

Œtius (*quatrième discours de Tétralogie*, chap. 77, *Artis medicæ principes*, t. 11), signale nettement, d'après Aspasie et Philumène, l'existence de la rétroversion ; il en

décrit les symptômes : rétention de l'urine, des fèces, des gaz ; il conseille, pour la combattre, l'emploi du tampon rectal.

Mais, dans toutes ces descriptions, il s'agit de l'utérus à l'état de vacuité ; la rétroversion de la matrice pendant la grossesse n'est signalée dans aucun des auteurs anciens pas plus que dans les œuvres d'Ambroise Paré (1), de Littre (2), de Fabrice d'Aquapendente (3), de Morgagni (4). Le renversement en arrière de l'utérus non gravide est décrit par ces auteurs sous des noms divers : *contorsio, aversio, reclinatio uteri, retropulsio versus anum.*

Cette lacune des anciens offre son intérêt et doit être signalée ; ils pratiquaient le toucher comme nous et auraient pu, ce me semble, connaître une affection qui a dû offrir de tout temps la même fréquence et la même gravité. Il est de fait que, dans bien des cas, les anciens ont fait preuve d'un sens clinique très-développé, et s'ils ont souvent erré sur l'interprétation des faits, ils n'en ont pas moins laissé, de certaines maladies, de certains états, des descriptions auxquelles il n'y a pas eu grand'chose à ajouter. On peut donc à bon droit s'étonner de ne trouver, avant le siècle dernier aucune description se rapportant à l'histoire de la rétroversion utérine pendant la grossesse.

Signalons pourtant quelques lignes écrites, en 1628, par

1. Ambroise Paré. *Livre de génération*. ch. 52, 1570 ; éd. Malgaigne, 1842.

2. Littre. *Histoire de l'Académie des sciences de Paris*, 1704.

3. Fabrice d'Aquapendente. *De chir. operat., ubi de vitiis quorum causa feminæ connubium non admittit.*

4. Morgagni. *De sedibus et causis morborum*, 1748.

un portugais, Rodheric a Castro (1), qui paraît avoir connu les causes et les symptômes de cette affection : « Fit (hæc « affectio) a cunctis causis externis a quibus uteri prociden- « tia fieri solet..., digitorum admotione dignoscit obstetrix ; « si retro et infra inclinet uterus, torpor sequitur, et utrius- « que cruris motus difficilis aut plane interceptus, ac ingen- « tes dolores qui inter sedendum magis accuuntur ; præser- « tim si versus anum retractio fit, flatus retinentur, alvus « supprimitur : neque clisterem admittit, nisi genibus « patiens..., prægnantibus frequens quidem ac difficilis « est affectio..., urina etiam moveatur, non quidem diure- « ticis, sed mictione sæpiuscule sponte tentata. »

Cette description resta, pendant plus d'un siècle, isolée.

En 1732, Reinick soutenant à Dantzick sa thèse inaugurale, sous la présidence et d'après l'inspiration de Kulm, rapporte le premier en détail un cas de rétroversion utérine pendant la grossesse suivie de mort.

Observation I (2).

Le 28 avril 1731, la femme d'un militaire, âgée de 26 ans, au quatrième mois de sa grossesse fit un faux pas, en portant un fardeau assez lourd sur son dos, et n'évita de tomber qu'en faisant un effor considérable. De retour au logis, elle se plaignit d'une douleur dans la région des lombes et du pubis, et, plus tard, ayant eu besoin d'uriner, elle essaya vainement d'accomplir cette fonction. Son médecin ne lui procura aucun soulagement. L'urine continua à tomber goutte à goutte

1. Rodheric a Castro. *De universa morborum muliebrum medicina, Hamburgi*, 1628.

2. Reinick. *Disputatio medica de uteri delapsu, suppressionis urinæ et subsequentis mortis causa.* Genadi MDCCXXXII.

pendant douze jours ; le ventre se tuméfia de plus en plus; enfin, la malade mourut le 8 septembre.

L'autopsie donna les résultats suivants : le ventre, par son volume, simulait une grossesse à terme ; la vessie distendue remplissait les régions hypogastrique et ombilicale ; la masse intestinale était refoulée en haut près du diaphragme. La vessie contenait vingt livres d'urine ; elle avait acquis un diamètre de deux pieds en hauteur et plus d'un pied en largeur ; elle avait, en remontant, décollé le péritoine et se trouvait ainsi en contact immédiat avec les muscles abdominaux ; ses parois, loin d'être amincies par la distension, avaient, au contraire, une épaisseur double de l'état normal. Les uretères et les calices étaient aussi notablement dilatés. L'utérus était profondément situé derrière la vessie ; une partie seulement de cet organe était visible ; un repli formé par la paroi supérieure du vagin en dérobait aux egards au moins le tiers. Cette portion de l'utérus était tombée dans ra cavité inférieure du bassin où elle se trouvait retenue et comprimait fortement le col de la vessie. Il fut désenclavé, et l'on trouva dans son ntérieur deux fœtus du sexe masculin.

Presque à la même époque (1740) et sans avoir probablement connaissance des travaux de Reinick, Grégoire, membre du Collége royal de Chirurgie de Paris, exposait dans un cours d'accouchements très-suivi l'histoire de la rétroversion de l'utérus gravide, d'après un cas puisé dans sa pratique. Il comptait parmi ses élèves ou ses auditeurs : Levret, Smellie, W. Hunter, Walter Wall « *qu auribus non peregrinantibus id accepit.* »

En effet, de retour à Londres, quelques années plus tard (1754) Walter Wall se rappelant les leçons de Grégoire, sut reconnaître un cas de rétroversion utérine pendant la gestation.

Observation II (1).

Une jeune femme de Londres, au quatrième mois de sa grossesse, eut une frayeur et éprouva une syncope ; à la suite grande difficulté pour uriner et aller à la selle, augmentant de jour en jour.

Sept jours après, W. Wall, appelé, sonda la malade et donna issue à trois pintes d'urine ; un lavement ne put pénétrer ; le soir, on retire une pinte d'urine sanguinolente. Au toucher, le col était inaccessible, et le doigt dut être porté en haut et en avant vers le pubis ; à la partie postérieure du vagin, une tumeur énorme que le toucher rectal demontra être située entre le vagin et le rectum. Wall tenta en vain de réduire, ainsi que Hunter qu'il avait fait appeler. La malade succomba le lendemain.

La vessie distendue, occupait la presque totalité de l'abdomen. L'utérus renversé dans le bassin, formait une tumeur arrondie qui soulevait le col de la vessie ; le col utérin appuyait sur le bord supérieur du pubis ; le fond, dirigé en bas et en arrière, pressait le rectum près de l'anus. L'utérus renversé et gonflé, était incarcéré dans la cavité pelvienne à tel point, que pour le redresser, il fallut diviser la symphyse du pubis.

Hunter fit dessiner les pièces anatomiques et publia l'his toire détaillée de la rétroversion utérine pendant la gestation en ajoutant à l'observation précédente un fait de Lynn, chirurgien de Woodbridge.

Observation III.

Une femme de 40 ans, d'une constitution lâche, mère de plusieurs enfants, et enceinte de quatre mois, eut d'abord un renversement du vagin auquel elle était sujette depuis longtemps. Il y avait peu de

1. *Hunter* in *Medical observations and inquiries*, t. IV, London 1771. — *Id*, *Icones de utero gravido tab.* XVI.

jours que la tumeur était réduite, lorsque cette femme ayant fait un faux pas, sentit quelque chose se déranger dans le ventre et lui tomber vers le bas du dos. Immédiatement constipation, rétention d'urine, nausées, douleurs dans le ventre. Les moyens employés n'ayant pas produit de soulagement, Lynn soupçonna une rétroversion.

Au toucher, il fut arrêté par une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, occupant la partie postérieure du vagin et descendant jusqu'au périnée. Il fit placer la malade en diverses positions et introduisit les doigts d'une main dans le vagin, ceux de l'autre dans le rectum ; la réduction fut impossible. La sonde ne pouvait pénétrer dans la vessie; les lavements étaient arrêtés dès l'entrée du rectum. Il y avait tension excessive du ventre. On proposa de ponctionner la vessie ; la malade refusa et le septième jour de sa maladie la patiente fut prise de nausées et de hoquets ; elle sentit quelque chose se crever dans son ventre, et aussitôt éprouva un calme trompeur et de peu de durée ; car, après s'être délivrée de l'enfant qu'elle portait, elle tomba dans un grand accablement et mourut le lendemain.

On trouva, à l'ouverture du corps, la vessie gangrenée ; une vaste déchirure avait livré passage dans le ventre à dix pintes d'urine environ.

Hunter rapporta dans les mémoires de la Société de Médecine de Londres un cas analogue chez une femme du même âge, grosse de trois mois et demi, et qui fut affectée de rétroversion en glanant du blé. La vessie se gangréna et à l'autopsie, on trouva neuf à dix pintes d'urine épanchée dans le ventre.

Aux travaux de Hunter répondirent de nombreuses publications : Johnson (1769) Bird, Hooper, Gartshore, Wilmer en Angleterre (1779) ; Evans, Swan et Purcell en Ecosse ; Plenck (1775) Katzenberger, (1779), Wltczek (1777), Cuyper (1777), Wall (1782), Jahn (1787) en Allemagne. Peu après (1775) à la suite d'un voyage à

Londres, où il se lia avec Hunter et prit connaissance de son mémoire, Choppart exposait à l'Académie les travaux des Anglais sur la rétroversion et rapportait à Hunter toute la gloire de ces observations.

Malgré la part considérable qui revient aux Anglais et tout en acceptant le droit de priorité revendiqué par Lacroix, dans sa thèse d'agrégation de 1844, en faveur de Reinick (de Dantzick) on doit reconnaître que les leçons de Grégoire étaient le véritable point de départ de ce mouvement scientifique. C'est même le procédé indiqué par le chirurgien français pour la réduction de l'utérus rétroversé que l'on voit tout d'abord employé par Walter Wall, William Hunter, Lynn. Il est vrai que l'histoire des découvertes médicales offre bien d'autres occasions d'appliquer le : *sic vos non vobis......*

Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, les travaux se multiplièrent de toutes parts, tant en France qu'à l'étranger. Levret (1773), Deleurye (1777), Smellie (1777), Wanters (1781), Ségrétain 1782), Baudelocque (1784) publièrent des mémoires et des observations. L'Académie de Chirurgie, en 1785, ayant mis la question au concours, couronna le mémoire de Desgranges (de Lyon) qui ne fut malheureusement pas imprimé et dont Martin (le Jeune) a dit qu'il était le plus complet des travaux sur cette matière.

Citons encore quelques mémoires : Baumgartner : *Dissertatio de utero retroverso* : *Argentatori* (1785) ; Cockwel (w)*Essai sur la rétroversion de l'utérus. Londres* (1785) ; Grüner : *Dissertatio de utero retroversio Jenæ* (1787) ; Gill ; *Dissertatio... Edimburgi* (1787) ; Jahn : *Dissertatio... Jenæ* (1787) : Melitsch ; *Dissertation sur la rétrover-*

sion de la matrice. Prague (1790) ; Murray. *In uteri retroversionem animadversiones : Upsalæ* (1797); Korscheck : *Dissertatio... Halæ* (1799) ; Versmann : *Dissertatio... Gottingâe* (1799).

Depuis le commencement du siècle, la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse a fait le sujet de nombreuses publications justifiées par l'intérêt que présente dans tous les cas l'étude de ce déplacement, soit à cause de la gravité des accidents, des difficultés du diagnostic, soit par suite de l'impossibilité de la réduction chez certaines femmes ou, au contraire, de la simplicité et de la facilité du traitement chez d'autres malades qui paraissaient gravement atteintes.

On consultera avec fruit un assez grand nombre de thèses soutenues à Paris. Je citerai surtout, quoiqu'elles ne traitent pas toutes spécialement de la rétroversion utérine pendant la grossesse, celles de MM. Destrées (1803) ; France (1806), Puzin (1809), Finaz (1813), Vidal (1815), Gougis (1817), Quioc (1848), Estèbe (1853), Godefroy (1858), Cottigny (1862), Williers-Herluison (1867), Cailletet (1868), Curie (1869), Mansier (1869), Herbet (1872), de France (1874), Parrical de Chamard (1876).

Cette question a été traitée dans deux concours d'agrégation : en 1844, par Lacroix ; en 1863, par M. Salmon, de Chartres.

On trouve sur cette intéressante affection de nombreux mémoires disséminés dans les journaux, quelques-uns présentés à l'Académie de médecine, qui décerna à plusieurs le prix Capuron. Sans en donner la liste complète, je dois signaler : Merriman : *A diss. on the retroversion of the xomb* ; *Londres* (1810), Buesinski : *De retrov. uteri,*

Vilnæ (1811), Vermandois (1813), Jourel (1814), Devees : *Journ. des sciences méd. et phys. de Philadelphie* (1823), Gruveilhier : *Dict. de méd. et de chir. prat. Art. acephalocystes* (1824), Bellanger (1824), Bazin (1827), Baynham : *Gaz. méd.* (1830), Parent, de Beaune (1832), Hervez de Chégoin (1833), Martin le Jeune (1835), P. Dubois : *La Presse médic.* (1837), Bleynie : *Bull. de la Société méd. de Limoges* (1840), Halpin : *Arch. gén.*(1840), Capuron et Gérard (1841), Amussat (1843), Velpeau et Pajot : *Gaz. des Hôp.* (1845) ; — De Billi : *Gaz. Méd. de Milan* (1845) ; — Désormeaux et P. Dubois : *Dict. en* 30 *vol.* (1846) ; — Godefroy, de Rennes (1846) ; — Burns : *The principales of midwifery. London* (1849) ; — Stoltz : *Gaz. de Strasbourg* (1852) ; — Barrier (1852) ; — Priou de Nantes : *Bull. de l'Acad.* (1853) ; — Guichard de Troyes : *Revue thérapeutique du Midi* (1855) ; — Ramsbotham : *Spontaneous Restauration of the retroved gravid uterus Med. Times and Gazette* (1855) ; — Misley : *Retroversion of the uterus at about the fount moth of pregnancy* (1855) ; — Morris (James) : *Med. Times and Gazette* (1856) ; — Martin de Tonneins (1857) ; — Gosselin (1860) ; — Chapplain de Marseille (1860) ; — Elleaume (1860) ; — Dehous de Valenciennes (1860) ; — Courtois (1864) ; — Barth (1864) ; — Mattei, *Union Med.* (1864) ; — Franke (1864) ; — Barnes (1867); — Léon Gros, *Bull. de thérapeutique* (1869) ; — Schatz, *Archiv. Gynækol* (1870) ; — Phillips : *Ueber Retroflexion des utérus, Leipsig* (1870) ; — Barnes : *Med. Times and Gazette* (1872) ; — Graily-Hewit : *Société obstétricale de Londres* (1872) ; — Depaul : *Clin. obst.* (1873) ; —

Hyernaux : *Bull. de l'Acad. royale de Belgique* (1874); — Depaul : *Ann. Tocologie* (1874) ; — Bailly : *Ann. de Tocologie* (1874) ; — Charles de Liége (1874) ; — Depaul : *Ann. de Tocologie* (1876).

Enfin, tous les traités d'accouchement consacrent quelques pages à l'étude de la rétroversion de l'utérus pendant la gestation.

Le grand nombre de publications se rattachant à l'étude de cet accident (et je pourrais citer bien d'autres ouvrages que ceux dont je donne la liste) prouve l'intérêt que ce déplacement offre dans la pratique ; j'en ai donné les principales raisons. Je dois ajouter aux causes énoncées plus haut son peu de fréquence.

Fréquence. — En considérant la faculté des déplacements utérins, on est porté à croire que la rétroversion doit être un accident fréquent de la grossesse. Il est loin cependant d'en être ainsi, à telles enseignes qu'en pleine Académie de Médecine, en 1853, M. Depaul put dire avec raison devant Cazeaux, Danyau, Moreau assistant à la séance : « que tous les accoucheurs présents pourraient à peine en citer six exemples. »

Est-ce à dire que la rétroversion soit un accident de la grossesse extrêmement rare ? Je ne le pense pas. M. Depaul, lui-même, fait observer dans ses leçons que la rétroversion de l'utérus gravide n'est pas aussi rare qu'il avait été en droit de le supposer, d'accord avec les plus illustres et les plus habiles accoucheurs. Il a été déjà appelé quatorze fois en consultation, mais sans avoir jamais été à même d'observer cet accident dans sa clientèle personnelle. Paul Dubois en avait observé une dizaine de cas. Martin (le Jeune)

(de Lyon) a réuni dans son mémoire, douze observations personnelles. Parent (de Beaune) rapporte six observations; Negrier (d'Angers) six ; Godefroy (de Rennes) cinq ; Bleynie (de Limoges) quatre; Salmon (de Chartres) trois ; Hubert (de Louvain) onze; Charles (de Liége) cinq; Martin (de Berlin) seize. Bien d'autres observateurs ont publié des cas isolés.

Mais, ainsi que je l'ai déjà observé à propos de M. Depaul, presque toujours ces médecins furent appelés en consultation par des confrères moins habiles et rarement eurent occasion d'observer les premiers un cas de rétroversion utérine pendant la grossesse.

Ce fait aide à comprendre pourquoi cet accident parut d'abord si rare; c'est que le déplacement fut souvent méconnu et ceci pour des raisons multiples.

Le diagnostic, à vrai dire, n'est pas toujours facile, et, nous le verrons plus loin, des erreurs ont été commises même par les plus illustres accoucheurs. Quoi d'étonnant, d'après cela, que des médecins même instruits et consciencieux aient pu s'égarer et méconnaître une maladie dont la description est d'ailleurs assez récente? Or, la rétroversion affectant surtout les femmes de la campagne ou dans les villes les femmes d'artisans livrées à des travaux pénibles, en général multipares et prenant moins de soins qu'à leur première grossesse fut d'abord offerte à l'observation de matrones ignorantes ou de médecins de campagne moins instruits qu'à l'époque actuelle et qui n'avaient ni le désir, ni la possibilité de publier l'histoire d'une maladie qu'ils n'avaient su reconnaître.

Souvent la rétroversion a dû passer inaperçue; nous ver-

rons en effet que dans les premiers temps de la grossesse, elle ne se trahit point par des phénomènes bien sensibles et que, par contre, dans bien des cas, elle se réduit spontanément au moment même où les désordres deviendraient plus sérieux.

Dans d'autres cas enfin, l'avortement, la mort de la femme vinrent terminer la scène et trancher le nœud gordien que le médecin était impuissant à dénouer. Il n'avait qu'à constater et déplorer une catastrophe dont il ne pouvait soupçonner la cause mécanique.

En résumé, la rétroversion, pour n'être pas aussi rare qu'on le supposait d'abord, n'en reste pas moins un des accidents les moins fréquents de la grossesse.

CHAPITRE II

SYMPTOMES DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE PENDANT LA GROSSESSE

Les accidents de la rétroversion peuvent éclater tout à coup ou s'établir peu à peu ; de là, deux espèces de rétroversion généralement admises : la première à *forme lente et progressive*, la seconde à *forme brusque, accidentelle,* dont la malade elle-même peut marquer le début soudain. C'est la division adoptée depuis Baudelocque qui racontait à ses élèves trois cas de rétroversion pour lesquels il avait été appelé.

Observation IV.

Dans un cas, en 1775, la rétroversion ne fut complète qu'au bout de trois ou quatre semaines, et à cette époque seulement, la femme se trouva contrainte de se soumettre à la réduction.

Observation V.

Chez Mme de X... la rétroversion se fit complétement en un instant, le jour de Pâques. La réduction fut faite sur le champ, et l'accouchement eut lieu à terme. Cette femme, grosse de trois mois, était depuis cinq à six semaines atteinte de rétention d'urine, suite d'une descente de matrice ; pendant ce temps, on avait cent fois, au moyen du doigt, repoussé le col utérin pour faciliter la miction ; la rétroversion fut déterminée brusquement par un effort plus grand que de coutume pour refouler le col.

Observation VI.

En 1787, Baudelocque vit une dame étrangère, enceinte de trois mois environ, dont la matrice était tombée brusquement en état de rétroversion complète. Ne pouvant réduire sur le champ, il fit uriner la femme plusieurs fois par jour, pendant dix jours : à ce moment, la matrice put être réduite. L'accouchement eut lieu à terme.

Les symptômes sont surtout en rapport avec la compression des organes du petit bassin, leur inflammation, le retard apporté à leurs fonctions ou l'arrêt complet de ces dernières. Quand le déplacement survient lentement, la femme n'en est dans les premiers temps que très-médiocrement incommodée. Dans un certain nombre de cas, il existe des symptômes prodromiques qui doivent faire craindre que la rétroversion ne se confirme et ne se complète. Après les avoir passés en revue, j'étudierai les accidents causés par la rétroversion opérée et confirmée.

SYMPTÔMES PRODROMIQUES

Ils n'existent pas toujours, et dans bien des cas, ne sont pas une preuve certaine que la rétroversion doive se produire ou du moins se manifester par des accidents sensibles. Leur signification est surtout importante entre deux et demi et trois mois, parce qu'à ce moment le grand axe utérin est à peu près égal au diamètre *sacro-pubien*, et qu'une cause légère peut aisément faire basculer une matrice prédisposée au déplacement en arrière et la maintenir dans la concavité sacrée. Ces symptômes prodromiques sont surtout

des accidents de voisinage dépendant soit d'un certain degré d'abaissement de l'utérus, soit d'une inclinaison du fond en arrière plus ou moins prononcée, soit de la réplétion de la vessie et des intestins. Ils se montrent rarement réunis. Ce ne sont d'abord que des tiraillements douloureux dans les aînes et les lombes, un sentiment de pesanteur, de pression sur le col de la vessie, un peu de ténesme vésical, et surtout de la difficulté dans l'émission de l'urine et de la constipation ; quelquefois de l'altération des fonctions digestives, des nausées ou des vomissements réitérés, de l'insomnie.

Au palper, la grossesse étant constatée, on trouve le ventre plus plat que d'habitude, la tumeur utérine plus profonde ; au toucher, l'utérus est abaissé, le col à peu de distance de la vulve ou dirigé en avant.

La durée de la période prodromique ne peut être déterminée dans les cas de rétroversion lente ; lorsque les accidents ont éclaté subitement, les signes précurseurs, constipation, dysurie, tiraillements ont souvent préexisté au déplacement, et sont mentionnés dans la plupart des observations.

Observation VII.

Mme P..., était faible et valétudinaire. Après la mort d'un enfant qu'elle allaitait, elle eut deux fois ses règles, puis une légère métrorrhagie, qui durait depuis quinze jours quand Martin fut appelé. La malade se plaignait de douleurs dans la matrice et d'un poids incommode du côté du rectum. Le corps de la matrice était douloureux au toucher, engorgé et dirigé un peu en arrière ; le col, porté en avant, était mou et un peu boursouflé. La perte continuait et la femme se livrait à ses occupations ordinaires, lorsque le 20 janvier

1806, après deux jours de travail plus fatigant, les douleurs abdominales, qui avaient toujours été obscures, devinrent extrêmement violentes ; un besoin pressant et incessant d'aller à la selle tourmenta la malade, et dans la nuit, au milieu des efforts qu'elle faisait pour y satisfaire, elle éprouva dans le bassin un sentiment de craquement et comme de rupture. Martin trouva alors le fond utérin porté en arrière et à gauche, refoulant vers la vulve la paroi postérieure du vagin, et bouchant presqu'entièrement ce conduit ; le col fort difficile à atteindre, était recourbé sur lui-même et placé en haut et à droite derrière le pubis.

Deux doigts introduits par le vagin soulevèrent par degrés la matrice au-dessus du promontoire. L'orifice utérin resta béant, la perte continua et Martin reconnut dans les caillots un lambeau du placenta. Après quatre ou cinq semaines la malade recouvra la santé (Martin, de Lyon).

Je n'ai point l'intention de nier la rétroversion sans prodromes, à forme brusque et à début soudain ; j'en rapporte moi-même un exemple frappant qui m'a été communiqué par M. Lafforgue (de Toulouse), mais il me semble que ces symptômes prodromiques sont plus fréquents que les auteurs ne l'indiquent généralement, je les ai trouvés signalés dans bien des cas cités comme des exemples de rétroversion à forme subite. La malade de Gougis fit une chute, ayant sur le dos un sac très-pesant. Dans le même moment, douleur vive...., mais elle éprouvait depuis quelque temps, de la dysurie, de la constipation, des douleurs hypogastriques.

Une malade de M. Chantreuil, vit son ventre grossir énormément immédiatement après un bain.... La femme Holling (Craninx) éprouva tout à coup, en vaquant à ses occupations, une vive douleur.... La malade de Rolland eut à son réveil des coliques, de la rétention d'urine,

Mme M. Mme G... (Godefroy) furent prises subitement d'un besoin continuel d'uriner.

Mme J... (Palante) fut prise tout à coup de rétention d'urine.

La femme Leclercq (Curie) ressentit une vive douleur dans le ventre avec sensation de déplacement.

Mme J. M. L... (Godefroy) souffrante depuis six semaines, vit les symptômes s'aggraver à la suite d'un effort.

Mme M... (Branes) ayant eu huit fausses couches, fut prise de douleurs après avoir dansé... La femme Lovinfosse (Charles, de Liège), avait senti quelque chose descendre dans le ventre en sautant dans un bateau.

Mme Van... (Hubert) ayant eu deux grossesses compliquées de rétroversion, eut les accidents de sa troisième à la suite d'un effort.

De même la femme Lurtewagen (Hubert). De même Mme P. N... (Hubert). Mme G... (Amussat) ayant déjà une rétroversion, ressentit une vive douleur en soulevant une malade. La femme Lefèvre (Depaul) ayant eu déjà une fausse couche, eut tout à coup en montant un seau...

Mais dans tous ces cas où la rétroversion a paru s'opérer brusquement, les symptômes prémonitoires constipation, dysurie, tiraillements ont existé ; plusieurs de ces femmes sont même signalées comme ayant déjà la matrice en rétroversion. On ne peut donc pas dire que le déplacement s'est produit brusquement ; j'y vois seulement que, pour une raison quelconque, le léger degré de rétroversion existant déjà s'est accentué, et que les symptômes, peu marqués, mais réels, se sont aggravés et ont paru parfois

apparaître soudainement lorsque le déplacement était brusquement complété.

Rien d'étonnant d'ailleurs à ce que les symptômes prodromiques soient rarement notés dans les cas de rétroversion à forme subite ; nous verrons que les accidents de la rétroversion sont peu marqués dans les premiers temps de la gestation et souvent sont mis sur le compte de la grossesse. La femme ne s'en inquiète pas et ne les signale pas au médecin ; mais, si celui-ci les recherche, il arrive très-souvent à constater leur existence. Je trouve ces signes prodromiques notés dans toutes les observations de M. Depaul et dans les onze de M. Hubert (de Louvain). Plusieurs de ces cas sont cependant cités comme des exemples de rétroversion brusque.

Après un temps variable, les symptômes précédemment notés s'aggravent et s'accentuent ; et sauf le mode de début plus ou moins brusque, que la rétroversion soit lente ou subite, les phénomènes morbides consécutifs sont les mêmes ; leur acuité, toutes choses égales d'ailleurs, dépend surtout de l'époque à laquelle était parvenue la grossesse, lorsque les accidents ont éclaté. Dans la rétroversion qui survient brusquement, la sensation spéciale du début constitue un signe précieux qui doit porter l'esprit du médecin vers la possibilité d'un déplacement et faciliter le diagnostic. La femme a la sensation que *quelque chose s'est dérangé dans son ventre* ; c'est un sentiment parfois très-vague de rupture, de craquement, de descente d'un organe du bas-ventre ; dans d'autres cas, la femme perçoit une secousse, de la douleur dans l'hypogastre ou dans les reins, elle a une faiblesse, une défaillance.

Dans certains cas, où l'on n'a pas noté de signes prémonitoires, la sensation éprouvée par la femme est le premier phénomène ayant éveillé l'attention de la malade et du médecin.

Observation VIII

Une blanchisseuse d'un tempérament robuste et sanguin, enceinte pour la première fois de trois mois et demi, porta sous son bras un chaudron très-lourd rempli de linges mouillés et l'appuya fortement sur son ventre. Elle s'aperçut dès ce moment d'un dérangement dans son corps, ses mouvements en devinrent gênés et elle commença à éprouver quelques difficultés pour uriner. Au bout de huit jours, les symptômes s'étaient aggravés, Desgranges reconnut la rétroversion. La sonde retira deux pintes d'urine; la réduction fut ensuite faite mais non sans peine, en soulevant doucement le fond utérin en haut par une pression exercée sur la paroi postérieure du vagin. Desgranges fit alors mettre la malade sur le côté, les genoux pliés et le tronc pour ainsi dire infléchi sur les cuisses; il plaça un pessaire qui ne tarda pas à devenir inutile (Desgranges, de Lyon).

Observation IX (1).

Une femme enceinte de quatre mois ayant fait un faux pas, éprouva tour à tour les accidents les plus formidables : impossibilité d'uriner et d'aller à la selle, fièvre urineuse, anasarque et symptômes graves du côté des organes respiratoires. Au bout d'un mois de souffrance, elle s'adressa à l'auteur qui après avoir reconnu la rétroversion rétablit l'utérus dans sa position naturelle. Mais la femme avorta le lendemain et mourut le jour suivant. On ne trouva à l'autopsie aucun vestige d'inflammation dans les organes de la génération, ni dans les circonvoisins. Le bassin était plus ample qu'à l'ordinaire. Cette femme avait d'ailleurs accouché sept fois sans aucun accident.

1. Dr Flamm de Wasschau. *Journal Martin Lauzer*, 1839.

Observation X (1).

L'auteur fut appelé au secours d'une femme enceinte de trois mois environ, d'un tempérament lymphatique, et qui venait d'éprouver une violente compression du ventre par l'essieu d'une voiture. La malade était très-souffrante et se plaignait de violents maux de reins, de picotements à la vulve, de douleurs dans le ventre et d'impossibilité d'uriner. France pratiqua une saignée, puis au toucher, trouva le col de l'utérus placé derrière le pubis et le fond dans la courbure sacrée. Les accidents commençaient à prendre de l'intensité ; cependant, comme la vessie n'était pas distendue, que la maladie était récente et que la saignée avait occasionné un peu de relâchement il crut le moment favorable pour la réduction qui s'effectua sans difficulté. La malade fut promptement guérie.

En général, la douleur subite persiste peu de temps et n'est pas assez vive pour interrompre complétement sur-le-champ les occupations de la femme. Mais, bientôt à la suite de l'accident qui a produit ou complété le déplacement, les femmes éprouvent une difficulté plus ou moins grande dans l'expulsion de l'urine et des matières fécales ; les douleurs s'accentuent, des phénomènes généraux apparaissent, et si la terminaison de la rétroversion ne s'opère pas, soit spontanément, soit de toute autre manière, on voit se dérouler plus ou moins complétement le tableau des accidents que nous allons passer en revue.

Quelque importants que soient ces signes, ils ne suffisent pas cependant pour affirmer la rétroversion. Nous aurons donc à examiner ces symptômes fonctionnels, puis les signes sensibles fournis par la vue, le palper, le toucher vaginal et rectal.

1. France, th. Paris, 1806, nº 76.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Rétention d'urine

« Si vers le troisième mois de la grossesse, dit Denman, il survient à une femme, une rétention d'urine qui continue pendant un certain temps, on peut être certain que la matrice est rétroversée ». Cette opinion est évidemment exagérée ; on a vu des distensions parfois très-considérables de la vessie, vers le troisième mois de la grossesse ne pas s'accompagner de rétroversion. Il n'en est pas moins vrai que la rétention d'urine est un des symptômes les plus importants, les plus constants de la grossesse ; le premier d'habitude quand le déplacement s'est fait lentement, il appelle l'attention de la femme ; dans bien des cas enfin, il a pu masquer le déplacement.

Observation XI (1).

Mme D..., se croyant enceinte, éprouva vers le commencemen de novembre 1821, des douleurs dans les lombes avec difficulté d'uriner et d'aller à la selle. Plusieurs médecins consultés, ne pénétrant pas la cause de ces accidents, ne purent y remédier. L'excrétion des urines devenait de jour en jour plus difficile et la constipation plus opiniâtre. Aux douleurs lombaires, se joignirent des ténesmes, un sentiment de pesanteur, dans la région hypogastrique, des troubles digestifs, nausées..... Les accidents croissaient toujours, l'abdomen se distendit, et, quand Bellangé, enfin appelé le 10 janvier, reconnut la rétroversion, la rétention d'urine était complète.

1. Cailletet, *th. Paris*, n° 134, 1868.

Observation XII (1).

Le 12 décembre 1872, la femme D... entra à la clinique, étant enceinte de trois mois et demi environ. Elle avait été prise, il y avait un mois, de rétention d'urine, et, pendant six jours il lui avait été impossible d'en évacuer une seule goutte. Un médecin avait inutilement ordonné deux grands bains et du chiendent avec du nitrate de potasse. Après le sixième jour, elle commença à perdre involontairement de l'urine au moindre mouvement ; mais malgré ses efforts, quand elle se mettait sur le vase, elle ne parvenait à expulser qu'une très-petite quantité de liquide. Pendant ce temps, le ventre avait pris un développement considérable qui frappa tout le monde quand elle vint à l'hôpital. On trouvait en effet dans l'abdomen une tumeur qui remontait à deux travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur avait la forme d'un ovoïde dont l'extrémité supérieure était saillante en avant. On y percevait très-nettement la fluctuation, et il ne fut pas douteux un instant qu'on n'eût affaire à une vessie considérablement distendue.

Par le toucher vaginal, on trouvait le fond de la matrice renversé en arrière et occupant toute la concavité du sacrum ; le col, qui avait les caractères d'un col de multipare, était repoussé en haut et appuyait contre la face postérieure de la symphyse pubienne. Le cathétérisme fit immédiatement disparaître la tumeur abdominale et fut pratiqué plusieurs fois par jour jusqu'au 17 ; ce jour on put constater que le col utérin était plus facilement accessible tandis que le fond était manifestement remonté. Le soir même, la malade put vider seule sa vessie, et le lendemain, M. Depaul constata que la matrice avait repris sa situation normale. Cette femme quitta l'hôpital quelques jours après, complétement guérie. On sentait très-bien derrière la paroi abdominale le fond de la matrice, et l'on put même percevoir les battements du cœur fœtal.

Dans la rétroversion à forme subite, la rétention d'urine

1. Depaul, *Leçons de Clinique obstétricale.*

se montre après la douleur, et devient bientôt le phénomène capital.

Observation XIII

La femme P..., enceinte de trois mois et demi, en se baissant pour ramasser quelque chose, éprouva dans le bassin une douleur suivie d'un besoin d'uriner qu'elle ne put satisfaire. Elle consulta Martin, le 9 décembre 1808; depuis cet accident qui datait de plusieurs jours, elle ne rendait que quelques gouttes d'urine par regorgement et n'allait pas à la selle ; le ventre était fort douloureux, et la vessie formait une tumeur molle et fluctuante qui s'élevait jusqu'au dessus de l'ombilic. Les boissons diurétiques et mucilagineuses ordonnées par un autre médecin ne faisaient qu'augmenter ses douleurs et accroître le volume du ventre. La tumeur qui occupait la partie supérieure du vagin était plus volumineuse en arrière; le col dévié un peu à gauche était difficilement accessible derrière le pubis.

La sonde de la femme retira quatre pintes d'urine ; la réduction fut facilement exécutée avec deux doigts introduits dans le vagin. Des fomentations froides sur le ventre rendirent à la vessie son ressort et, après dix jours de repos au lit, la femme se leva. L'accouchement eut lieu cinq mois et demi après (Martin (le Jeune) de Lyon).

La rétention d'urine peut être complète ou incomplète, rarement elle manque. Dans le premier cas, la vessie se laisse distendre par l'accumulation de l'urine et arrive à faire au-dessus du pubis une saillie considérable. On l'a vue contenir jusqu'à vingt litres de liquide sans que la malade malgré les plus grands efforts, puisse en expulser une seule goutte. Dans la rétention incomplète, le canal de l'urèthre ou une partie du col vésical étant encore perméables, l'urine coule goutte à goutte ou sort partiellement par un petit jet. Il peut arriver enfin que la malade urine par regorgement ; le ventre est très-volumineux et la femme prétend qu'elle urine par-

faitement ; elle est continuellement mouillée et croit dans bien des cas, parfois avoir perdu ses eaux.

Observation XIV

La femme J..., de Basse-Wavre, mère de cinq enfants, grande et bien proportionnée, eut ses dernières règles du 20 au 25 mai 1870. Vers deux mois et demi à trois mois, elle perdit un peu de sang et vers la fin d'août, des maux de reins, de la constipation, des difficultés pour uriner, auxquelles succéda une incontinence d'urine, la forcèrent de consulter un médecin ; celui-ci, aidé d'un vieil accoucheur, institua un traitement purement médical. Les accidents allant toujours en augmentant, la malade fut adressée à M. Hubert.

Le 5 *octobre.* — Elle répandait une odeur d'urine et sa chemise était toute mouillée. A l'examen du ventre, tumeur fluctuante, s'élevant à deux travers de doigt au-dessus du nombril. Au toucher, on trouvait le col de la matrice tout-à-fait en haut et en avant. Dans le bassin et le remplissant d'avant en arrière, se trouvait une tumeur molle semblable à une poche de caoutchouc. Cathétérisme. Le 9, la femme J... était moins souffrante ; elle ne perdait de l'urine que dans certaines positions, et n'avait pas été sondée depuis deux jours. La vessie était aussi distendue qu'au premier examen, et la sonde n'amena pas moins de liquide. M. Hubert réduisit en pressant sur le fond de la matrice avec quatre doigts introduits dans le vagin, et déprimant de la main gauche le segment inférieur de la matrice à travers les parois abdominales. La femme J... reprit ses occupations le lendemain ; l'accouchement eut lieu à terme.

Dans une grossesse ultérieure, la femme J... ayant éprouvé des troubles analogues dans l'émission de l'urine, son mari eut l'idée de la sonder et prévint ainsi les accidents qui avaient marqué le cours de la dernière gestation (Charles, de Liége).

Observation IV

Mme S...., 38 ans, avait eu six accouchements heureux. Le

10 novembre 1839, après deux indispositions légères, Mme S.... éprouva un peu de gêne dans l'émission de l'urine et la sensation d'un corps pesant sur le fondement. M. Lamouroux, ne pouvant toucher, soupçonna un avortement. Le surlendemain il put constater, à trois centimètres de la vulve, une tumeur arrondie, dure, résistante. A un ou deux centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, on trouvait le col, difficile à reconnaître, tant il paraissait aplati. Par le rectum, on constatait que le corps de l'utérus remplissait le petit bassin. MM. Moyner et Lamouroux, ayant, à plusieurs reprises, vainement essayé de réduire, appelèrent Amussat, le 19 novembre. La malade urinait par regorgement, ce qui lui faisait croire que la poche des eaux était rompue et qu'elle allait avorter. Elle était au bain ; Amussat fit soulever la femme au-dessus de l'eau et pratiquant le toucher rectal et vaginal, reconnut la rétroversion. Le ventre était très-distendu par une tumeur arrondie et mate, *et malgré l'assurance qu'on lui donna que la malade avait rendu chaque jour la quantité ordinaire d'urine*, Amussat persista à vouloir sonder : il s'écoula une quantité considérable d'urine ; je ne pense pas, dit l'auteur, avoir vu durer aussi longtemps l'émission dans aucun cas de rétention d'urine chez l'homme. Amussat réduisit au moyen d'un doigt introduit dans le rectum. On soumit la malade à un traitement antiphlogistique et on la fit reposer sur les coudes et les genoux. Le lendemain elle était très-agitée. Les symptômes fâcheux disparurent quelques minutes après que la femme eut été couchée sur le dos. La grossesse suivit heureusement son cours. Deux ans plus tard, de nouveau enceinte de trois mois, Mme S.... se plaignit de dysurie et de pesanteur dans le bassin. La matrice était en rétroversion. Amussat réduisit avec le même succès (Amussat).

Dans la rétroversion à forme lente, la malade éprouve pendant quelque temps des difficultés croissantes dans l'acte la demiction ; elle est souvent sollicitée à rendre ses urines et a pu remarquer que malgré ses efforts de plus en plus énergiques, il y a diminution de volume et changement

du jet de l'urine, qui ne paraît pas sur le champ et coule avec lenteur par un jet affaibli. Si la rétention s'accentue, l'urine ne sort plus en jet, mais tombe goutte à goutte; son expulsion peut enfin devenir impossible, sauf lorsque la malade, prenant certaines positions, parvient à en évacuer peu à peu, une quantité toujours minime. Dans certains cas, la rétention est complète d'emblée; après avoir éprouvé un peu de dysurie, soit à la suite d'un effort, d'un accident, ou pour toute autre raison, la malade s'aperçoit qu'elle n'urine que goutte à goutte et que son ventre a pris un accroissement rapide.

Observation XVI

Mme B..., 22 ans, primipare, enceinte de quatre mois, se livrant aux rudes travaux des champs, fut prise le 16 mai 1859, après un effort, de difficultés pour uriner et aller à la selle. Quatre jours après, la rétention d'urine est complète ; un médecin prescrit des remèdes insignifiants ; un autre ordonne du nitrate de potasse. Le 2 mai, M. Godefroy trouve la malade à genoux sur son lit, craignant un avortement, et se livrant incessamment à des efforts d'expulsion qui amènent une très-petite quantité d'urine. Depuis huit jours, la malade n'a pas uriné dans son vase de nuit ; la vessie remonte jusqu'à l'ombilic, la vulve est tuméfiée, la muqueuse violacée ; le méat urinaire retiré profondément au-dessous du pubis. La face est vultueuse et exprime l'anxiété la plus vive, cette femme se croyant sur le point de mourir. Le corps de l'utérus remplit toute l'excavation ; le fond appuie fortement sur le coccyx et le col correspond à la partie supérieure du pubis ; c'est à peine si on peut légèrement en atteindre la lèvre postérieure. Le cathétérisme donne issue à six litres d'urine, et la femme est soulagée aussitôt au point de se croire guérie. M. Godefroy réduisit, la malade étant sur le bord du lit, la tête et les mains appuyées sur le sol, les cuisses et les jambes reposant sur le lit ; il

pressa sur le fond de l'utérus avec quatre doigts introduits dans le rectum. Après trois jours la femme reprit ses occupations et accoucha à terme (Godefroy, d'Angers).

Dans les cas de rétroversion à marche lente, à mesure que le liquide arrive et s'accumule dans la vessie, ce réservoir se laisse peu à peu distendre ; ses parois peuvent s'hypertrophier au point de donner au toucher la sensation de l'utérus contracté, comme dans un cas de MM. Pajot et Tarnier ; dans cet état de plénitude extrême, les besoins d'uriner se renouvellent et amènent des efforts de plus en plus énergiques, mais impuissants. Alors, si on n'intervient pas, ou si la réduction spontanée de l'utérus rétroversé ne permet pas à la vessie d'expulser son contenu, au bout d'un temps plus ou moins long la distension de la vessie, portée à un degré considérable peut donner lieu à des symptômes généraux et locaux graves, sur lesquels j'aurai à revenir.

Quand la rétroversion est récente, l'urine qui coule par regorgement ou qu'on obtient par le cathétérisme est quelquefois normale ; dans le cas contraire, elle est trouble, ammoniacale, fétide, purulente et renferme même parfois des lambeaux de vessie gangrenée. La femme présente quelquefois l'odeur caractéristique de l'urine ; ses linges, son lit en sont imprégnés ; il y a parfois des démangeaisons au voisinage du méat urinaire et des excoriations produites par le suintement de l'urine altérée. En général, on appelle le médecin pour combattre ce symptôme ; mais quelquefois, la femme ne s'en préoccupe pas, soit qu'urinant par regorgement, elle ne soupçonne pas la rétention, soit que la vessie se laisse peu à peu distendre et puisse être

encore vidée plus ou moins complètement. D'où nécessité de sonder, malgré les dires de la malade. Dans quelques cas rares enfin, le cours des urines est à peine intercepté.

Rétention des matières fécales.

Quoique moins important que le précédent, ce symptôme n'en est pas moins un des plus constants; mais la constipation est rarement complète et ne s'est point produite dans quelques cas.

Elle se montre, dès le début, comme la dysurie. La femme a des épreintes, du ténesme, des élancements à l'anus; sollicitée constamment comme pour aller à la selle, elle ne peut y parvenir que très-difficilement; malgré les efforts les plus énergiques, elle expulse à grand'peine des matières dures, peu abondantes, rubanées, parfois sanguinolentes. « L'anus est tuméfié, saillant; l'intestin peut même être renversé; enfin l'on a vu l'anus et le périnée présenter une saillie très-prononcée due à la matrice qui distendait les organes » (Elleaume).

« Il est souvent impossible de faire pénétrer les lavements qui sont immédiatement rejetés. Quand on y parvient, les selles rendues consistent en matières durcies, en scybales qui opposaient aux tentatives de réduction une résistance parfois insurmontable » (Dehous). Le volume du ventre peut être augmenté par l'accumulation dans les intestins de gaz provenant de la décomposition des résidus abdominaux.

Dans un cas, rappelé par M. Salmon, le volume du ventre était énorme et « l'on sentait manifestement deux

tumeurs séparées au niveau de l'ombilic par une sorte de dépression transversale; la tumeur inférieure était formée par la vessie distendue, la tumeur supérieure, sonore à la percussion, était formée par du météorisme abdominal. »

Dans la majorité des cas, les symptômes ne sont pas aussi accentués ; mais on a vu parfois la constipation opiniâtre et marquée au point de dominer la scène et de masquer le déplacement; si bien que le médecin abusé, méconnaît la rétroversion et s'efforce en vain de guérir par des purgatifs réitérés une constipation dont la cause est toute mécanique. C'est ce qui s'est présenté chez la malade dont M. Depaul rapporte l'histoire dans ses leçons et chez celle que j'ai pu observer dernièrement à la Clinique.

Observation XVII.

La femme Thomas, 32 ans, mère de cinq enfants eut ses dernières règles le 15 juin 1872. La première partie de sa grossesse se passa assez régulièrement, sauf une certaine difficulté dans l'émission de l'urine et une *constipation opiniâtre*. Assez mal réglée d'habitude, et un espace de six ans s'étant écoulé depuis sa dernière grossesse, elle ne pensait pas être enceinte à nouveau ; aussi ne faut-il pas s'étonner de l'emploi d'un purgatif ordonné par un médecin pour combattre la constipation qu'elle considérait comme cause de son mauvais état général. Dès lors (premiers jours d'octobre) la miction devint très-difficile, sinon impossible ; le ventre prit rapidement un développement considérable ; la malade dut garder le lit ; elle maigrit d'une manière inquiétante ; une soif ardente lui faisait absorber plusieurs litres de tisane par jour, et à cette époque déjà elle se sentait constamment mouillée par un liquide qui s'écoulait des parties génitales. Pensant à une grossesse, elle fit appeler une sage-femme ; celle-ci consulta deux médecins, et après un examen approfondi, on diagnostiqua une grossesse extra-utérine. La femme Thomas fut alors trans-

portée à la Clinique où M. Depaul l'examina le lendemain. Une tumeur volumineuse soulevait les parois abdominales et s'élevait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle était fluctuante, surtout en haut, et l'on distinguait facilement que ses parois étaient très-minces ; la partie inférieure et moyenne était moins facilement appréciable à cause d'un œdème considérable de la région suspubienne.

L'auscultation ne fit entendre aucun battement fœtal, mais un bruit analogue au souffle utérin. En comprimant cette poche, on déterminait l'évacuation plus abondante du liquide qui depuis un mois baignait constamment les organes génitaux. Le doigt introduit dans le vagin ne pouvait atteindre le col, mais rencontrait dans la concavité sacrée une tumeur arrondie, mollasse, profondément engagée dans l'excavation ; ces recherches déterminaient l'écoulement d'une plus grande quantité de liquide, qu'il était facile de reconnaître pour l'urine. Par le cathétérisme M. Depaul en retira trois litres et vit en même temps la tumeur diminuer progressivement et disparaître. C'était donc bien la vessie qui avait soulevé les parois abdominales. De plus, le déplacement du col utérin en avant et la présence en arrière de la tumeur décrite parlaient suffisamment en faveur d'une rétroversion de l'utérus très-probablement développé par une grossesse de quatre mois et demi à cinq mois. M. Depaul fit remarquer le tiraillement en hau exercé sur la paroi antérieure du vagin par ce déplacement de la matrice, si bien que le méat urinaire était profondément situé derrière la symphyse pubienne, et que cette ouverture se trouvait par cette disposition assez difficile à atteindre.

L'introduction de la sonde répétée deux fois par jour améliora considérablement l'état de la malade; mais la rétention d'urine persistait: les plus grands efforts pour uriner librement n'avaient aucun résultat, car e col utérin continuait à comprimer fortement le canal de l'urèthre en avant. Au bout de six jours, M. Depaul résolut de réduire. La malade ayant été conduite à la salle d'accouchement, et placée sur le lit dans la position obstétricale M. Depaul lui fit respirer du chloroforme, et pratiqua le cathétérisme non sans grandes difficultés ; puis il glissa les doigts de la main droite dans le vagin pour repousser le fond de la

matrice au-dessus du détroit supérieur; mais il reconnut alors, à sa grande surprise, que le redressement s'était exécuté spontanément ; et cependant le col utérin était resté appliqué et fixé contre la partie supérieure de la symphyse pubienne au point que M.Depaul ne put l'atteindre que du bout des doigts et ne parvint pas à changer sa position.

Pour prévenir une nouvelle accumulation de l'urine, et pour obvier aux difficultés du cathétérisme, une sonde en gomme élastique fut placée à demeure ; la journée se passa assez bien, mais, dans la nuit la femme eut des frissons, de la fièvre, des douleurs abdominales et la sonde dut être retirée le lendemain. Il fallut recommencer les sondages, qui produisirent une urine très-colorée, mélangée d'un peu de sang ; des vomissements survinrent, l'abdomen se ballonna et quarante-huit heures après l'intervention, le col fut trouvé en place, mais entr'ouvert, presque effacé, se laissant traverser par le doigt qui touchait une partie fœtale à travers les membranes. Le lendemain, les symptômes péritoniques s'accrurent ; l'avortement se fit dans la journée et l'œuf fut expulsé en entier. La maladie ayant suivi une marche ascendante, la femme succomba deux jours après, vers une heure de l'après-midi.

A l'autopsie, on trouve dans la cavité péritonéale environ un litre de liquide purulent ; le péritoine est épaissi et très-vascularisé. L'utérus, qui avant l'accouchement avait quitté l'excavation pelvienne, y était de nouveau revenu et la remplissait en partie. Le fond de la matrice était placé sous l'angle sacro-vertébral, qui présente une crête assez prononcée ; la courbure du sacrum paraît exagérée. Les parois de la vessie sont très-épaisses ; sa cavité offre une dimension au moins quatre fois plus grande qu'à l'état normal. La muqueuse présente des plaques rouges, et, de plus, elle est vascularisée. Le col de la vessie est très-rouge, légèrement œdématié. L'urèthre n'a pas de rétrécissement. Le parenchyme de l'utérus est normal (*Clin. obs.*).

En présence d'une constipation, pendant la grossesse plus opiniâtre que de coutume, dit M. Depaul, si les laxatifs et les

moyens habituels ne produisent aucun résultat, si les malades éprouvent un besoin continuel d'aller à la selle sans pouvoir le satisfaire et que les lavements ne puissent être introduits dans le rectum, on doit songer à un examen complet qui fera reconnaître la véritable situation. Il faut savoir que dans un certain nombre de cas, la constipation ne s'est point produite. « Il est des cas de rétroversion opérée graduellement, dit Martin (le Jeune), dans lesquels je n'ai observé ni rétention d'urine ni suppression des selles. » La persistance des selles et même la diarrhée se trouvent signalées dans quelques observations de Martin (de Lyon) Chapplain, Mattei, Godefroy, Chantreuil.

Observation XVIII (1).

Mme X... a eu quatre accouchements à terme, deux accouchements prématurés à 7 et 8 mois, et dernièrement deux avortements de 5 et 6 mois. Vers le troisième mois de sa neuvième grossesse surviennent des douleurs très-violentes dans la région utérine. Mme X est obligée de se mettre au lit ; la sensation qu'elle éprouve est celle d'un corps étranger qui tendrait à sortir du bassin à travers la vulve. Quelques jours avant le début de ces douleurs, la malade a éprouvé une émotion morale vive à laquelle elle et son entourage rapportent l'origine des phénomènes dont elle se plaint. Le séjour au lit, quelques lavements laudanisés ramènent le calme pendant quelques jours, mais bientôt les douleurs disparaissent.

Le col est d'abord cherché en vain ; le fond de l'excavation vaginal est fermée par un corps souple, ne présentant aucune inégalité ; en ramenant le doigt en avant et en haut, on sent que le cul-de-sac antérieur du vagin s'étend au-dessus de la branche horizontale du pubis : c'est là que se trouve le col utérin incliné en avant et un peu en bas. Le doigt, promené alors d'avant en arrière, reconnaît que la

1. *Bulletin de la Soc. de Méd. de Marseille*, 1858.

paroi postérieure et supérieure du vagin est fermée par le paroi postérieure de la matrice, laquelle, parvenue au niveau du rectum dans l'excavation du bassin, s'infléchit encore en bas.

Les urines sont rendues sans difficultés, les selles sont faciles. On fait quelques tentatives inutiles de réduction en accrochant le col et repoussant le fond à l'aide des doigts introduits dans le vagin. M. Chapplain fait alors placer Mme X... sur le bord du lit, à genoux, le siége élevé et dans la position la plus déclive possible; il se place derrière la malade et introduit deux doigts dans le vagin pour agir en sens inverse sur le fond et sur le col. Le col accroché se déplace et peut être ramené dans l'axe du bassin. Mais la réduction n'est pas faite et le lendemain tout se trouve dans l'état primitif. Quelques jours après M. Chapplain renouvelle ses tentatives. Il aide le doigt qui doit agir sur le fond utérin d'un tampon formé par une éponge placée à l'extrémité d'une baleine. Cette manœuvre occasionne des douleurs violentes et une petite perte de sang, mais est couronnée de succès. On ordonne à Mme X... le repos sur le côté ou sur le ventre. La réduction se maintient; mais au sixième mois, sans cause appréciable, Mme X... accouche d'un enfant mort depuis plusieurs jours. Dans une grossesse suivante, il y a eu tendance au déplacement, mais il ne s'est pa produit.

Douleurs.

La douleur est le premier symptôme perçu lorsque la rétroversion se manifeste brusquement; mais en généra ces tiraillements douloureux dans les lombes, l'hypogastre, les aines, qui marquent le début des accidents persistent peu de temps à l'état aigu, et ne forcent pas la patiente à quitter immédiatement ses occupations. Bientôt ce symptôme s'accentue, ainsi que les autres, et suit une marche parallèle.

Dans le cas suivant, les douleurs avaient seules appelé l'attention du premier praticien appelé.

Observation XIX

Mademoiselle C..., âgée de 17 ans 1/2, chlorotique, frêle, de petite taille, est enceinte de 3 mois 1/2. Elle est la maîtresse d'un jeune homme grand, vigoureux, très-passionné et porté aux excès alcooliques. Elle a une constipation habituelle; rien du côté de la vessie ni de la miction.

Elle accuse une douleur subite au bas-ventre, douleur qui retentit bientôt aux aines et aux lombes. Après deux jours de souffrances modérées, légère perte de sang, puis augmentation considérable de la douleur, ténesme rectal et vésical. Un médecin oppose à la douleur la pulvérisation de l'éther sur le ventre. M. Davreux, appelé le 8 août 1872, constate un éréthisme nerveux considérable ; les autres symptômes persistent ; on croit une fausse couche imminente.

Le toucher est excessivement douloureux.

L'utérus développé normalement est en rétroversion ; son axe est horizontal ; le rectum est plein de matières ; la vessie, située très-haut est assez développée. Le cathétérisme donne issue à un litre d'urine environ. On prescrit un lavement et une potion de chloral.

Trois heures après, au moyen de deux doigts introduits dans le rectum, M. Davreux réduit facilement. Dès lors, la perte cesse complétement, la grossesse continue sans encombre, et l'accouchement se fait le 25 janvier 1873 (Charles, de Liége).

D'après Elleaume et Cazeaux, les douleurs s'étendent sur le trajet des ligaments larges. « C'est à eux probablement qu'il faut attribuer les douleurs que les femmes éprouvent dans les aines pendant les affections chroniques et les déplacements de la matrice » (Cazeaux). De même, le tiraillement des ligaments utéro-sacrés et vésico-utérins explique, en même temps que l'engorgement des parois utérines, les douleurs lombaires et hypogastriques.

Les douleurs périnéales se comprennent très-bien quand

on pense à l'état des organes contenus dans le petit bassin, distendus outre mesure et se comprimant les uns les autres ; cependant ces symptômes sont augmentés par l'œdème des parties, la sensation d'un corps étranger dans le passage qui engage la patiente à pousser, les souffrances causées par la rétention d'urine, se propageant vers les uretères et les reins, ou vers le méat urinaire, et s'accompagnant parfois de stupeur, d'engourdissement dans le membre inférieur, ou de douleurs sur le trajet d'un nerf comprimé : ainsi, le sciatique doit, dans le cas de Gérard. Les efforts, la toux, le vomissement exaspèrent ces symptômes qu'atténuent le repos, le relâchement des muscles abdominaux.

Les douleurs que nous venons de passer en revue sont plus ou moins continues, souvent modérées. D'autres attirent plus fortement, et à plus juste titre, l'attention des malades et du chirurgien à cause de leur violence et surtout de leur type intermittent ; dans son mémoire, le Dr Charles de Liége insiste beaucoup sur ce fait.

Ces douleurs coïncident avec des contractions utérines. Elles se font sentir dans la partie inférieure de l'abdomen et se dirigent en arrière vers le coccyx et la partie inférieure du sacrum. Elles ont probablement leur siége dans l'utérus ; on peut, du moins en touchant ou en palpant, la vessie étant vide, sentir cet organe se durcir sous la main pendant la douleur. Ce ne sont pas cependant les vraies contractions du travail ; elles sont plus violentes et ne commencent pas par le col utérin ; ce dernier conserve longtemps sa longueur, et ce n'est qu'après un temps beaucoup plus long que ne le feraient supposer des contractions aussi

vives, qu'il commence à présenter les modifications de l'avortement. Ce fait est noté dans l'observation de MM. Lucas-Championnière et Georges Siredey, que je rapporte plus loin.

Cette particularité est importante à connaître afin de ne pas désespérer, même après des douleurs fortes et prolongées de voir, ainsi que dans le fait précédent, la grossesse arriver à bon port. Ici donc, plus encore que pendant le travail de l'accouchement, il faut distinguer la douleur de la contraction. Ces douleurs sont plus vives à cause de l'irritabilité plus grande de l'organe engorgé, enflammé et de l'état nerveux surexcité de la femme. Leurs causes peuvent être multiples : une irritation viscérale voisine peut occasionner les contractions des muscles utérins ; la matrice elle-même est, du reste, sensible, engorgée, tuméfiée ; il y a stase veineuse et le sang chargé d'acide carbonique, ainsi que l'ont démontré les belles expériences de Brown-Séquard, amène des contractions utérines. Cet état ressemble à une fausse couche dont les douleurs trop intenses sont mises sur le compte d'une sensibilité exagérée de la patiente. Aussi ne peut-on pas s'étonner de voir souvent la rétroversion utérine pendant la grossesse confondue avec un avortement. On attend ce dernier, et si un examen convenable n'est pas pratiqué et que la situation se termine par l'expulsion d'un œuf, l'accident primitif sera méconnu (Charles). Dans un cas, la femme et un officier de santé attendaient depuis 17 jours un avortement qu'un habile praticien évita en reconnaissant la rétroversion et en y portant remède.

Observation XX

Une femme de 29 ans, à 4 mois de sa troisième grossesse, éprouvait quelques difficultés d'uriner ; un jour, à son réveil, elle se plaint de coliques violentes, d'une pesanteur douloureuse vers l'épigastre et d'un besoin pressant d'uriner qu'elle ne peut satisfaire. Cette rétention d'urine continue sept jours avec fièvre, augmentation de volume du ventre et apparition à la vulve d'une tumeur grosse comme la tête d'un enfant. Les grandes lèvres s'œdématient, le périnée est repoussé en dehors ; les douleurs sont intolérables. La femme et un officier de santé croient à un avortement. Cet état se prolonge dix-sept jours : M. Rolland, alors appelé, reconnaît la tumeur formée par la vessie à l'hypogastre et la rétroversion utérine.

Les essais de réduction tentés dans la position horizontale ne réussissent qu'à faire sortir un peu d'urine. La femme étant placée sur les genoux et les coudes, Rolland introduit deux doigts de la main gauche dans le rectum, soutient avec la main droite, placée au-devant de la vulve, la tumeur qu'occupe cette partie et essaie la réduction. L'urine sort à flots par un jet de la grosseur du petit doigt et qui continue sept à huit minutes ; Rolland parvient alors à réduire l'utérus. La sonde retire encore cinq demi-setiers d'une urine sanguinolente. Le séjour au lit, des applications et injections astringentes permettent, dès le vingtième jour, à la femme de rendre et de retenir l'urine à volonté. La grossesse suivit heureusement son cours.

Dans un cas, la malade se plaignait surtout d'une douleur fixe dans la fosse iliaque gauche.

Observation XXI (1)

Mme W..., devenue enceinte peu de mois après son mariage, éprouva dès les premières semaines de sa grossesse, outre les troubles digestifs habituels, un prurit général insupportable. Vers la fin d'avril 1849, la grossesse étant arrivée à près de quatre mois, je fus

1. Léon Gros, *Bulletin de thérapeutique*, janv. 1869.

consulté par Mme W..., pour une douleur sourde, continue, occupant la fosse iliaque gauche, qu'elle ressentait depuis plus de deux mois et qui dans ces derniers temps avait augmenté au point de la priver presque entièrement de sommeil.

La miction est difficile, les urines sont rendues fréquemment et en petites quantités à la fois. Je fus d'abord frappé de l'absence presque absolue de développement du ventre. Le palper abdominal ne fait percevoir aucune trace du globe utérin. La vessie n'est pas distendue par l'urine. Au toucher vaginal, je trouve le col fortement appliqué en haut contre la branche descendante droite du pubis, la matrice placée horizontalement, son fond appuyant sur l'os iliaque gauche, au point où la malade accusait de la douleur. Après plusieurs efforts, je finis par faire basculer l'utérus au moyen de trois doigts introduits dans le vagin. Ces manipulations furent très-douloureuses, mais, aussitôt que la matrice eut repris sa position normale, la malade accusa un soulagement notable et le point douloureux de la fosse iliaque gauche se trouva considérablement amendé. En peu de temps, le ventre prit un développement régulier, et la grossesse suivit heureusement son cours. La rétroversion utérine ne se reproduisit pas dans deux grossesses successives.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX

Ces symptômes n'apparaissent pas d'habitude au début de la rétroversion ; parfois, ils sont peu marqués et peuvent ne pas exister. Ils sont, en effet, le plus souvent, secondaires et en rapport avec les lésions qu'amène l'enclavement de l'utérus gravide rétroversé, avec l'inflammation de la vessie, des intestins, de l'utérus et surtout du péritoine ; ils sont quelquefois amenés par l'excès des douleurs, la métrorrhagie, l'affaissement nerveux qui suit un ensemble de désordres aussi formidables. On comprend qu'ils soient souvent fort légers ou n'existent pas dans les cas de

terminaison favorable, dans les cas de réduction spontanée. On peut donc noter, à un degré plus ou moins marqué, suivant la gravité des cas, un mouvement fébrile plus ou moins intense, de l'agitation, une anxiété continuelle ; la soif est vive, la langue desséchée.... Dans les cas défavorables, les phénomènes s'accentuent, on observe les accidents qui, dans le cours d'une péritonite, annoncent une fin prochaine : lèvres fuligineuses, délire, hoquet.... La mort survient au milieu des symptômes ataxiques et adynamiques.

Observation XXII

Claudine Bourget, 38 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 9 février 1811. Elle était au cinquième mois de sa cinquième grossesse et éprouvait depuis le deuxième, des accidents qui avaient commencé par de vives douleurs dans la région hypogastrique. A son entrée à l'hôpital, le ventre était proéminent et tendu jusqu'au dessus de l'ombilic ; le plus léger contact produisait de vives douleurs. Les urines et les selles étaient supprimées ; la malade éprouvait dans les cuisses et dans les jambes une anxiété continuelle qui l'excitait à les agiter sans cesse. Elle avait une fièvre continue avec des redoublements irréguliers, accompagnés de délire ; faiblesse extrême ; facies hippocratique. Viricel reconnut une rétroversion complète de l'utérus, qu'il essaya vainement de réduire. L'état fâcheux de la femme l'engagea à cesser toute manœuvre ; 36 heures après, elle était morte.

A l'autopsie, on trouva la vessie extraordinairement développée : elle occupait, de l'un et de l'autre côté du ventre, l'intervalle compris entre la crête et le rebord des os iliaques, et s'élevait à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; sa paroi antérieure adhérait à l'abdomen ; sa muqueuse était phlogosée ; l'urine qu'elle contenait, était brunâtre, fétide, chargée de mucosités. Le canal de l'urèthre, très-allongé, se recourbait sur la tumeur que faisait la matrice rétroversée. Ce dernier organe, développé comme à cinq mois, était sain tant à

l'intérieur qu'à l'extérieur : il contenait un fœtus dont un pied répondait à l'orifice utérin. Cet orifice, placé très-haut, était dilaté ; sa lèvre antérieure était confondue avec la portion voisine du vagin; la postérieure était distincte, mais très-amincie. Les membranes amniotiques étaient rompues, et une grande partie des eaux s'était écoulée. Le fond de la matrice pressait sur le périnée, et se trouvait au niveau de l'ouverture anale. Les ovaires et les trompes étaient sains (Martin, de Lyon).

Observation XXIII (1).

Une femme de 26 ans, très-forte, mariée depuis quelques mois, occupée à des travaux pénibles, *éprouvait depuis quelque temps des douleurs dans les lombes et à l'hypogastre, quelquefois de la constipation et de la douleur en urinant*, lorsque le 14 mars 1813, enceinte de trois mois environ, ayant sur le dos un sac très-pesant, elle fit une chute. Dans le même moment, douleur vive à l'épigastre avec un sentiment de déchirement dans les lombes ; elle fut conduite chez elle. Depuis ce temps jusqu'au 17 du même mois qu'on l'amena à l'hôpital, elle avait beaucoup souffert : constipation opiniâtre, impossibilité d'uriner, sentiment d'un poids insupportable au fondement, fièvre continue. Ventre généralement douloureux, surtout en bas, tendu, rénitent, douleur atroce au fondement et vers les pubis, impossibilité d'uriner et d'aller à la selle, sentiment de chaleur interne et cuissons douloureuses dans l'intérieur des parties génitales, avec gonflement considérable des grandes lèvres et des environs de la vulve ; pouls vif, fréquent, très-serré ; chaleur de la peau très-intense ; respiration fréquente, pénible, naussées... On crut à une péritonite aiguë. Le toucher est impossible à cause des douleurs atroces qu'il occasionne. Le méat urinaire est difficile à trouver dans les parties engorgées et la sonde ne peut être introduite quelque direction qu'on lui donne.

Le 18, hoquet, continuation de la rétention de l'urine et des fèces. En voulant de nouveau sonder, on trouve un corps dur dans le vagin et on croit à une chute de matrice.

1. Gougis, *Th. Paris*, 1817, nº 26.

Le 19, l'état général est aggravé ; on sent de la fluctuation dans le ventre, on soupçonne une rupture de la vessie. La femme expire à 5 heures du soir, cinq jours après l'accident.

On trouva à l'autopsie, le péritoine rouge et enflammé dans tous ses points, surtout en bas ; vers la vessie et le rectum, épanchement de deux pintes d'un liquide séro-sanguinolent ; la vessie dépassait le pubis et ne contenait pas plus d'une pinte d'urine. L'utérus remplissait en entier toute l'excavation, de telle sorte que son fond répondait à la concavité du sacrum et son col pressait fortement contre la partie moyenne du pubis le col de la vessie, qui parut enflammé. L'utérus était enclavé au point qu'il fallut, pour en opérer le déplacement, introduire la main dans le vagin pour soulever le fond, tandis qu'on pressait en haut sur le col. La partie supérieure du rectum et l'S du colon étaient remplies de matières fécales très-dures. La matrice contenait un fœtus dont le volume parut coïncider avec les dires de la mère.

On peut observer quelques accidents nerveux, de la fréquence du pouls, de la chaleur à la peau, de l'insomnie... même au début de la rétroversion s'il s'agit d'une femme nerveuse impressionnable, ou bien si les douleurs sont violentes, comme chez une malade de M. Gros. De même dans le cas suivant :

Observation XXIV (1).

Mme G... primipare, au quatrième mois de sa grossesse, ressentait depuis quelques jours des coliques et des difficultés pour uriner, lorsque le 25 février 1846, il lui fut tout à fait impossible d'y parvenir. Un médecin crut à une affection nerveuse. Appelé deux jours après, M. Godefroy trouva la malade sur son lit, roulée sur elle-même le pouls petit, le ventre sensible, la peau chaude, la langue sèche, à peine pouvait-on la toucher qu'elle poussait des cris M. Godefroy constata la rétroversion de l'utérus, dont le col était assez dilaté, pour

1. Godefroy fils, *Th. Paris*, 1858, nº 86.

permettre l'introduction d'un doigt. La sonde évacua deux litres d'urine. La femme fut placée à genoux et la poitrine appuyée sur le lit, pour élever aussi le siége. Deux doigts furent introduits immédiatement dans le rectum et, après quelques minutes d'efforts, refoulèrent l'organe. Pendant cette manœuvre, M. Godefroy constata une énorme saillie de l'angle sacro-vertébral et une concavité exagérée du *sacrum*. Soins consécutifs ordinaires ; le lendemain, douze sangsues sur le ventre, encore un peu sensible, cataplasme émollient, bain entier tiède. Le col se referme et trois jours après tout était rentré dans l'ordre.

Chez certaines malades, la rétroversion se trahit surtout par des troubles digestifs ; dans quelques cas, « la réduction de l'utérus dévié, a fait disparaître complétement des vomissements incoercibles. Les remèdes administrés par la voie gastrique, en pareilles circonstances, doivent aggraver le mal au lieu de l'améliorer (1). »

D'après M. Graily-Hewit, les vomissements de la grossesse dépendent souvent des flexions (2).

Cette relation paraît évidente dans quelques observations de René Briau, Matteï, Stoltz, Vignard.

Observation XXV (3).

Madame X..., âgée de 25 ans, bien constituée, habituellement bien portante, a déjà eu deux enfants ; ses grossesses ont été heureuses, à part quelques malaises et quelques vomissements, qui ont marqué les premiers mois de la seconde.

Un accident arrivé à son premier enfant, pendant sa convalescence, détermina chez elle une émotion violente, à la suite de laquelle survint un écoulement blanc qui persiste depuis deux ans et qui a amené des troubles dans les fonctions digestives.

1. Dr Lizé (du Mans), *Gaz. obstétricale*, 1873.
2. Graily-Hewit, *Société obstétricale* de Londres, 1872.
3. René Briau, *Gazette hebdomadaire*, t. III, 1856.

Elle est devenue enceinte une troisième fois au commencement de mars 1856. Vers le milieu d'avril, des vomissements peu fréquents d'abord, se manifestent et augmentent graduellement. Leur intensité devient telle, que, dès les premiers jours de mai, la malade est obligée de garder le lit.

Pendant tout ce mois, elle est affectée de douleurs gastralgiques intolérables avec constipation et soif ardente. Des spasmes et des mouvements cloniques s'y joignent de temps en temps. Abattement et découragement profonds. Insomnie que l'on combat par la morphine. Amaigrissement considérable. La malade peut à peine de temps en temps garder un peu d'eau.

Toutes les ressources de la thérapeutique sont inutilement épuisées, l'estomac se refuse à garder aucun médicament. Une consultation avec M. le professeur Moreau amène de nouvelles tentatives, également infructueuses. L'écoulement leucorrhéique persistant toujours, et l'abdomen ne présentant pas un développement en rapport avec celui que doit avoir l'utérus au troisième mois, on se décide, malgré les répugnances de Madame X..., à procéder à l'examen des organes génitaux internes que l'on suppose affectés de quelque altération de texture ou de position.

Le 4 juin, M. Moreau, ne sentant pas le développement de l'utérus par le palper du ventre, pratique le toucher vaginal. L'utérus, en état de rétroversion incomplète, est profondément logé dans l'excavation du bassin, incarcéré dans la courbure du sacrum, et resserré de toutes parts dans cette espèce de cul-de-sac, il ne peut franchir l'angle sacro-vertébral. Par une manœuvre habile et prudente autant qu'heureuse, M. Moreau dégage la matrice, et, en la faisant remonter, la ramène dans l'axe du détroit abdominal.

Madame X..., se sent immédiatement soulagée. Le même jour, les vomissements cessent et la malade peut digérer quelques aliments légers. Le sommeil revient, la santé se rétablit graduellement, et en moins de quarante-huit heures, le ventre prend un développement normal proportionné à l'époque présumée de la grossesse.

Observation XXVI

Le 6 septembre 1872, je fus appelé par la famille Colas, habitant Saint-Mars-la-Taille, auprès d'une femme âgée de 25 ans, qui avait eu successivement deux avortements, vers le cinquième mois de sa grossesse. Au deuxième avortement, il y avait une grossesse gémellaire. Au moment où je fus appelé, cette jeune femme avait un retard de trois mois et demi et depuis quelque temps était sujette à des vomissements presque incoercibles, qui avaient résisté à tous les traitements ordinaires, préscrits par la sage-femme et le médecin de la localité. A mon arrivée, je trouvai cette femme, excessivement pâle, anémique et d'une faiblesse telle qu'elle ne pouvait quitter le lit. Elle était menacée de syncope dans ses moindres mouvements. La plus petite quantité d'aliments soit liquides, soit solides qu'elle pouvait prendre était rejetée immédiatement. Les parois du ventre étaient flasques et permettaient, en les déprimant, de constater une tumeur utérine placée au-dessous des pubis.

J'interrogeai la femme qui me dit que, depuis quelque temps elle avait de la peine à uriner et à aller à la selle. Je pensai alors à une rétroversion, et, pour assurer mon diagnostic, je pratiquai le toucher vaginal. J'examinai avec soin et je trouvai tous les signes de la rétroversion utérine. Le col était en avant et à gauche ; en arrière, je trouvai dans la concavité du sacrum une tumeur convexe, régulièrement rénitente, légèrement inclinée en bas et en arrière, et formant un plancher à la partie supérieure du vagin. J'essayai la réduction en soulevant d'abord le col au-dessus du pubis et relevant ensuite le fond en dirigeant le bord radial de la main vers l'angle sacro-vertébral. La réduction se fit facilement. Je fis alors constater la réduction par la sage-femme, et je lui indiquai les mesures à prendre dans le cas où la rétroversion se reproduirait. Pour éviter, autant que possible un nouvel accident, je plaçai la femme dans le décubitus latéral et je l'engageai à éviter tout effort. Quelques jours plus tard on m'annonçait que les vomissements avaient presque

1. Defrance, *Th. Paris*, 1874, nº 237.

complétement cessé, et ne se produisaient qu'à de rares intervalles ; la miction et la défécation s'opéraient facilement.

Engagé par les parents à retourner près de la malade, je la revis le 10 octobre 1872, c'est-à-dire à peu près un mois après l'accident.

Je constatai alors que la rétroversion ne s'était pas reproduite ; la tumeur utérine se montrait entre le pubis et l'ombilic. L'état général de la malade s'était amélioré, les forces étaient revenues, la pâleur avait disparu, les vomissements avaient à peu près cessé. Les mouvements de l'enfant étaient perçus depuis quelques jours.

Au commencement du mois de mars 1873, elle accouchait d'un enfant à terme et bien constitué.

Observation XXVII (1).

M. Stoltz fut appelé près d'une jeune dame mariée depuis trois ans, dont les règles n'avaient pas paru depuis quatre mois. On la croyait enceinte et elle l'était en effet. Cependant son mari assura qu'il n'avait jamais pu faire pénétrer sa verge dans l'intérieur du vagin. Cette dame avait chaque matin des vomissements incoercibles qui l'affectaient de la manière la plus pénible. M. Stoltz la toucha, et remarqua que, malgré son état, l'hymen était à peu près intact. Il le fendit avec des ciseaux, et reconnut une rétroversion de l'utérus qu'il remit en place. La réduction fit cesser les vomissements, et l'accouchement eut lieu à terme.

SIGNES SENSIBLES.

Les signes rationnels, quelque importants et précieux qu'ils soient, ne suffisent pas pour affirmer la rétroversion ; ils doivent la faire prévoir et soupçonner ; ils ont suffi parfois à quelques habiles praticiens, qui ont vu leur diagnostic confirmé par les signes sensibles, qui seuls peuvent fournir une certitude absolue. Nous allons passer ceux-ci en revue et étudier les

1. Stoltz, *Gaz. des hôpitaux*, 1857.

symptômes spéciaux fournis par l'inspection extérieure, par le palper abdominal, la percussion, l'auscultation, enfin le toucher rectal et vaginal.

Inspection extérieure.

En explorant la région hypogastrique lorsque la rétention d'urine n'est pas prononcée et si les accidents datent de peu, on est étonné de trouver une surface plane, parfois une dépression là où chez la femme enceinte on rencontre un certain développement du ventre; celui-ci est plus ou moins plat et ne donne pas l'idée d'une grossesse aussi avancée que la malade le prétend. Ce fait est noté chez la malade de MM. Lucas-Championnière et Georges Siredey. Il est aussi noté dans une observation rapportée plus loin; il s'agissait d'une grossesse extra-utérine que MM. Dolbeau et Charpentier prirent pour une rétroversion de l'utérus gravide. En général, le contraire a lieu. En découvrant la malade, on constate que le ventre est développé sur la ligne médiane, au point que parfois on a cru à une ascite. « Ainsi, dans le cas de M. Croft, la maladie avait un mois de durée; la femme était atteinte d'œdème, et l'on supposa qu'elle avait une hydropisie; mais en introduisant la sonde, on retira sept pintes d'urine » (Burns).

Observation XXVIII (1).

Une femme de 35 ans offrait tous les caractères de l'ascite, on avait été sur le point de pratiquer la paracentèse. On apprit que cette femme était enceinte de trois mois. On examina alors le vagin, et on reconnut

1. Dr Basham, *Union méd.*, 1859, t. IV.

une rétroversion de l'utérus. On réussit à replacer le fonds de l'utérus dans sa position normale ; aussitôt, il s'écoula par la sonde deux à trois litres de liquide. La malade a recouvré en quelques jours une santé parfaite.

Un fait analogue est rapporté par M. Barnes (1).

Observation XXIX.

Mme M..., âgée de 42 ans, fut reçue le 8 janvier 1872, à l'hôpital Saint-Thomas. On la croyait atteinte d'hydropisie. Elle avait eu précédemment huit fausses couches et n'avait jamais amené un enfant à terme. Les règles avaient cessé d'apparaître depuis cinq mois. Trois semaines auparavant, après avoir dansé, elle avait été prise de douleurs dans le ventre qui, depuis lors, avait pris un développement considérable. Elle urinait souvent, mais très-peu à la fois.

13 *janvier*. — A un premier examen, on trouva le ventre très-développé ; les veines superficielles étaient saillantes ; il y avait une fluctuation très-nette que les changements de position de la malade ne modifiaient pas. Une sonde fut introduite dans la vessie et donna issue à plusieurs litres de liquide. Par le toucher vaginal, le docteur Barnes trouva le col de l'utérus placé très-haut, derrière la symphyse du pubis auquel il était accolé ; tout-à-fait en arrière, on trouvait le corps de l'organe qui présentait le volume d'une orange. M. Barnes diagnostiqua une rétroversion utérine produisant secondairement une rétention d'urine. Des cathétérismes répétés empêchèrent la rétention de se produire et quelques semaines après la malade accoucha d'un enfant vivant.

L'inspection extérieure peut encore faire constater un œdème plus ou moins prononcé des membres inférieurs et des parties génitales, le regorgement de l'urine qui a souillé les linges et excorié les grandes lèvres, la partie interne des cuisses ; dans quelques cas, un écoulement assez abondant,

1. *Med. Times and Gazette*, 1872, et *Revue des Sciences méd.* de M. Hayem, t. II, 2e liv. 1873.

suite de l'inflammation de la muqueuse vaginale. Dans un cas cité par Martin (le Jeune), on a pu voir le col de l'utérus apparaître en dehors de la vulve, et se trouver placé en dessous et en avant du pubis. Dans les cas de Grenser (de Dresde), de Mayor (de Lausanne), la vulve entr'ouverte laissait voir entre ses lèvres le fond utérin faisant une saillie plus ou moins marquée. Parfois l'anus est entr'ouvert, le rectum prolabé, le périnée saillant, comme au passage de la tête fœtale sur le plancher du bassin.

Enfin, la vue peut fournir des renseignements sur une modification de position très-importante du côté du méat urinaire et de l'urèthre.

« Quand le mouvement de bascule est très-prononcé, le col de l'utérus entraînant en haut la paroi antérieure du vagin attire avec elle le méat urinaire qui va se cacher sous l'arcade du pubis et même derrière la symphyse. Il est souvent impossible de le trouver et on n'y parvient qu'en tirant sur le pénil de manière à ramener un peu en dehors la paroi antérieure du vagin. De plus, l'urèthre n'est plus un canal presque droit ; il contourne maintenant la symphyse pubienne. Il décrit donc une courbe à concavité antérieure et se dirigeant en haut; il se prête, par conséquent, assez bien à la courbure de la sonde d'homme. » (Dehous, de Valenciennes).

Dans certains cas, le canal de l'urèthre est entièrement tordu ; le méat, très-difficile à trouver en général, devient alors inaccessible ; le cathétérisme peut devenir tout-à-fait impossible à effectuer.

Palper, percussion, auscultation.

L'abdomen est en général plus volumineux ue ne

le ferait supposer l'époque présumée de la grossesse. Par le palper on s'assure qu'il est peu sensible et soulevé par une tumeur peu ou point douloureuse ; on sent cette tumeur immédiatement sous la peau ; elle est globuleuse ou piriforme, à grosse extrémité inférieure et remonte plus ou moins haut dans l'abdomen ; en la pressant, on donne à la malade des envies d'uriner et l'on voit souvent sortir un peu d'urine par l'urèthre ; elle donne à la percussion un son mat et présente une fluctuation manifeste sur laquelle les changements de situation de la malade n'exercent aucune influence. M. Depaul, dans ses cliniques, insiste sur la sensations de rénitence et de mollesse, qu'offre en général cette tumeur ; on sent une poche bien circonscrite, distendue par du liquide, et dont les parois minces se laissent facilement déprimer, sans que la palpation y puisse décéler la présence d'un corps solide nageant dans un liquide. Ce n'est point là la consistance dure, ferme, de la matrice. Parfois cependant on a vu cette tumeur assez dure dans toute son étendue pour embarrasser un instant le diagnostic, comme dans le cas de MM. Pajot et Tarnier ; elle peut même se durcir, se contracter sous la main, ainsi que le prouve le cas suivant.

Observation XXX (1)

Mme M..., monteuse de parapluies, a eu une fausse couche et quatre enfants à terme, tous extraits par le forceps. Le 27 mai 1851, arrivée sans accident au troisième mois d'un sixième grossesse, elle avait depuis deux jours un peu de constipation et de dysurie, lorsque, après une fatigue, elle fut prise de coliques avec pesanteur dans le

1. *Gaz. méd. de Paris*, 1852.

bassin ; des efforts d'expulsion ne tardèrent pas à se déclarer. Craignant une fausse couche, on appela M. Teissier qui, au toucher, rencontra une tumeur dure qui obstruait le vagin. M. Garin, appelé en consultation, constata : angoisse extrême, constipation datant de plusieurs jours, douleurs expulsives presque continuelles ; col très-élevé, difficile à atteindre. Une tumeur dure, qu'on pouvait prendre pour l'utérus, se faisait sentir dans l'hypogastre et semblait se durcir sous la main à chaque contraction des muscles abdominaux. Tout faisait craindre un avortement ; cependant le col restait fermé ; pas de perte sanguine. Le danger pressait, car les souffrances étaient horribles, les vomissements répétés, le pouls petit et rapide ; de plus à chaque douleur, la tumeur se portait en avant, repoussant la vulve en haut et entr'ouvrant l'anus, comme le fait la tête d'un fœtus à la fin du travail : une rupture était à craindre. Les consultants émirent successivement l'idée : d'un calcul vésical enchatonné, d'après la résistance et le peu de poids de la tumeur ; d'un polype, en raison de la liberté de l'orifice utérin ; d'une tumeur fibreuse, en considérant son défaut d'adhérence à la cloison recto-vaginale et sa mobilité ; d'une tumeur adhérente de l'utérus qui, par sa chute, aurait déterminé les contractions abortives de cet organe, car avant la grossesse rien n'avait pu faire soupçonner une maladie de ce genre ; de plus, la tumeur paraissait de temps en temps plus molle. Cette dernière circonstance, jointe à la mobilité de la tumeur, à son toucher tomenteux et vasculaire, fit penser à une rétroversion. Le cathétérisme ayant retiré de la vessie deux litres d'urine, M. Garin repoussa directement en haut le corps de la matrice avec la main introduite presque tout entière dans le rectum, pendant que M. Teissier attirait en avant et en bas le col qu'il était parvenu à accrocher avec l'indicateur. La réduction fit cesser les douleurs et le calme se rétablit. La grossesse ne fut plus interrompue dans son développement.

Si la vessie est vidée, ou si le ventre est plus plat qu'à l'ordinaire ce qui peut arriver, avons-nous dit, lorsque l'accident est récent ou que la rétention d'urine ne s'est point

produite, on arrive ordinairement avec un peu de patience, en écartant les parties molles, à sentir le corps de l'utérus qui plonge dans l'excavation et à percevoir un choc communiqué à cet organe par l'indicateur introduit dans le vagin. Parfois on peut constater des scybales dans l'S iliaque au-dessus de l'utérus. Plus rarement enfin, comme chez le malade de M. Lucas-Championnière, on arrive à sentir le col de l'utérus placé derrière le pubis. Dans un certain nombre de cas, où il n'y avait pas, je crois, véritablement rétroversion c'est-à-dire un changement de situation de l'utérus, pivotant en totalité sur son axe transversal, mais bien un changement de forme, le palper a fait constater deux tumeurs : l'une abdominale, l'autre pelvienne ; la première donne la sensation de la matrice à l'état de vacuité ; la seconde paraît plus ou moins indépendante de la matrice. Dans son mémoire inséré dans les Annales de Tocologie, M. Depaul a très-bien établi l'existence de cette forme insolite de l'utérus et a montré ainsi en quoi consistaient les prétendues rétroversions observées au moment du travail. Je crois que cette disposition peut s'observer à toutes les époques de la grossesse. Ainsi s'expliquent les cas assez nombreux ou les accoucheurs les plus éminents ont confondu la rétroversion de la matrice avec une grossesse extra-utérine. Ils avaient la sensation fournie par la matrice occupant sa place ordinaire et paraissant avoir la même forme et le même volume, tandis qu'en arrière on constatait la présence d'un kyste fœtal plus ou moins indépendant de la matrice, mais paraissant extra-utérin.

Je reviendrai sur cette question à propos du diagnostic et lorsque j'étudierai le mécanisme de la rétroversion. Dans

les deux observations ci-dessous, cette particularité est parfaitement mise en lumière, ainsi que dans plusieurs autres rapportées plus loin.

Observation XXXI

Une femme enceinte de quelques mois présentait une rétroversion utérine à symptômes très-graves. Outre la tumeur pelvienne, au-dessus du pubis, on sentait à travers les parois abdominales une autre tumeur qu'on aurait pu prendre pour la vessie ; mais, en examinant avec attention, on reconnut qu'elle était constituée par une partie de l'utérus, qui était donc divisé en deux portions, l'une extra, l'autre intra-pelvienne. Après bien des tentatives infructueuses renouvelées à deux reprises, Velpeau parvint à accrocher le col utérin et à introduire dans son orifice une sonde à l'aide de laquelle il s'efforça de le ramener dans la direction normale, tandis qu'avec la main introduite dans le vagin, il essayait de refouler en haut la tumeur intra-pelvienne. Pendant cette manœuvre, qui fut des plus laborieuses, on perfora accidentellement les membranes. La déplétion partielle de l'utérus permit d'obtenir la réduction. Dès lors, tout accident cessa. L'avortement eut lieu peu de temps après et la malade se rétablit promptement. (Elleaume).

Observation XXXII

M. Charles est appelé le 15 novembre 1871 par Mme L..., 34 ans, sans enfants après cinq ans de mariage, pour des douleurs qu'elle éprouve dans le bas-ventre et l'impossibilité d'uriner volontairement depuis quelque temps ; en sautant dans un bateau, Mme L... a senti quelque chose descendre dans le bas-ventre ; depuis, marche très-difficile, miction impossible, son mari la sonde plusieurs fois par jour. L'état général est apyrétique ; mais les urines sont purulentes et les douleurs du bas-ventre sont intolérables. Le malade a fait une fausse couche il y a trois mois et prétend que, depuis lors, elle n'a plus eu de rapprochement sexuel (on verra par la suite le peu de valeur qu'on doit accorder à toutes ces affirmations de femmes).

La vessie étant vidée et les parois abdominales mises dans le relâchement, on trouve l'hypogastre soulevé et indolent à la pression. M. Charles sent une tumeur superficielle arrondie dépassant les pubis mais se continuant en arrière dans le petit bassin ; cette tumeur ressemble bien à l'utérus distendu, mais elle est beaucoup trop large d'avant en arrière pour son peu d'élévation, et s'étend surtout à gauche. A deux centimètres environ, dans le vagin; on trouve une tumeur arrondie, à peu près insensible, lisse, de la grosseur du poing, remplissant le cul-de-sac postérieur et placé entre le vagin et le rectum qu'elle comprime ; en avant, le col utérin fortement reporté en avant contre la symphyse où il comprime l'urèthre. L'indicateur poussé plus haut dans le cul-de-sac antérieur, en écartant le col, trouve une tumeur qui se continue manifestement avec ce dernier ; mais, impossible de distinguer si cette deuxième tumeur n'est que la prolongation de l'autre, ou si elles sont indépendantes. Le professeur Wasseige consulté, éprouve le même embarras et émet plusieurs hypothèses entr'autres celle de tumeur fibreuse et de kyste fœtal extra-utérin, mais sans rien affirmer. Repos horizontal, morphine, cathétérisme. La femme est priseà diverses reprises d'épistaxis abondantes alternant avec de violentes douleurs abdominales, disparaissant lorsque les douleurs se montrent, et réciproquement. Cependant la grossesse se confirme peu à peu et progressivement aussi on voit la tumeur pelvienne remonter. Le 31 décembre, la matrice est complétement relevée au-dessus du détroit supérieur et arrive à deux travers de doigt de l'ombilic. La malade urine seule depuis quelques jours, mais avec quelque douleur. Le mieux s'accentue de plus en plus Mme L... accoucha le 11 mai suivant, d'un enfant vivant à terme et du sexe masculin ; M. Charles dut faire une application de forceps et put facilement constater un léger rétrécissement du bassin provenant surtout d'une saillie exagérée du promontoire (Charles, de Liège).

« L'auscultation n'a qu'une valeur restreinte au point de vue du diagnostic de la rétroversion ; les battements du cœur fœtal ne sont pas perçus, parce que la grossesse n'est ordinairement pas assez avancée et parce que la matrice

restée dans l'excavation pelvienne est inaccessible à ce mode d'investigation ; ajoutez encore la présence de la tumeur formée par la vessie distendue qui éloigne le stéthoscope de la face antérieure de l'utérus. On constate généralement le bruit de souffle utérin. Quoiqu'il ne faille pas attribuer au souffle utérin la valeur d'un signe certain de la grossesse, il n'en est pas moins vrai qu'il faut en tenir un très-grand compte pour la constatation de l'état réel, et dans les recherches que j'appellerai externes, ce signe pourra quelquefois mettre l'observateur sur la voie du diagnostic » (Depaul, *Clinique obstétricale*).

Toucher.

« Etudier les accouchements sans s'exercer au toucher, c'est apprendre des mots qui ne représentent rien, c'est acquérir des idées stériles, et dont on ne saurait faire aucune application. »

S'il en est ainsi, si, comme le dit M. Depaul, le toucher doit être proclamé sans conteste comme la clef de voûte de la pratique obstétricale, c'est surtout à propos du diagnostic de la rétroversion qu'éclate la justesse de cette expression. Les symptômes que nous venons de passer en revue peuvent en effet donner des présomptions ; réunis, ils ont pu suffire à assurer le diagnostic ; mais, en général leur existence ne permet pas d'affirmer la rétroversion, pas plus que leur absence n'autorise à la nier.

Quand on introduit le doigt dans le vagin, on rencontre presque immédiatement une tumeur ronde, sans anfractuosités, ni saillie, ou ovoïde, à grosse extrémité dirigée en

arrière, ayant une certaine résistance, et qui empêche d'arriver vers la face antérieure du sacrum. C'est le fond de la matrice, situé plus ou moins bas au-dessous du promontoire; il peut être arrêté sur le périnée qu'il fait bomber ou même saillir hors de la vulve. On la sent parfois se durcir sous les doigts pendant les douleurs ; d'autres fois la fluctuaction y est évidente et sa mollesse est très grande, comme chez la femme dont l'observation m'a été communiquée par M. Benoit, interne des hôpitaux, et chez des malades d'Amussat et de Hubert (de Louvain) ; on peut alors y distinguer des parties fœtales. En avant de cette tumeur, la paroi postérieure du vagin présente encore des plis ; elle est même déprimée, poussée en avant, de manière à gêner l'introduction du doigt et à raccourcir le cul-de-sac postérieur ; la paroi antérieure au contraire est distendue, relevée et le canal vaginal se prolongeant en haut hors de la portée du doigt, le cul-de-sac antérieur est inaccessible ; cependant le méat urinaire entraîné par la paroi antérieure du vagin est fortement attiré en haut, si bien que pour pratiquer le cathétérisme il faut largement ouvrir la vulve et chercher le méat derrière la symphyse. « Enfin, le doigt le plus exercé ne peut souvent atteindre le col de l'utérus remonté très-haut derrière cette articulation, ou si on peut le toucher ce n'est que très-incomplètement, tant il est élevé (Depaul).

On peut le sentir d'autres fois facilement et arriver, sans efforts, jusqu'au museau de tanche. Dans ce cas, il y a rétroflexion et on sent à la fois le fond de la matrice dans la courbure du sacrum et le col replié en avant longeant la symphyse des pubis, le museau de tanche étant dirigé vers le doigt indicateur.

Observation XXXIII

Mme P..., 25 ans, atteinte d'une descente de matrice depuis sa seconde couche, était enceinte de trois mois quand elle éprouva, après un exercice fatigant, des douleurs dans le bassin et des difficultés pour aller à la selle ; après beaucoup d'efforts inutiles pour satisfaire à ces besoins, elle s'aperçut qu'une tumeur, survenue presque subitement, sortait du vagin. Cette tumeur grossit, devint douloureuse et des cuissons s'y faisaient sentir, quand le peu d'urine qui s'échappait de la vessie coulait sur elle ; les selles étaient entièrement supprimées. Martin, appelé trois jours après, reconnut une rétroflexion de la matrice, dont le fond était dirigé du côté du rectum et du périnée, tandis que le col, engorgé, douloureux, placé en dehors de la vulve, était relevé, fixé au-dessous et en avant du pubis, et recourbé sur lui-même en forme de bec d'aiguière. Deux doigts relevèrent facilement le fond utérin, et le col rentra alors dans le vagin. Le repos au lit aidant, ainsi que quelques injections et fomentations émollientes, la grossesse marcha dès lors heureusement (Martin).

On peut encore observer une disposition remarquable du col, la lèvre postérieure faisant saillie à travers la vulve, tandis que l'antérieure est refoulée derrière le pubis. Ce fait se produit dans les cas où la paroi postérieure de la matrice s'est développée beaucoup plus que le segment antérieur de l'organe.

Observation XXXIV.

C. P..., 31 ans, primipare, régulièrement menstruée depuis l'âge de 12 ans, et de petite taille, rachitique, a commencé à marcher à 8 ans. Dernières règles, le 17 juillet ; entre à la Maternité de Liége, le 22 novembre 1872. La malade accuse avoir eu, il y a quatre semaines, une descente de matrice, provoquée, dit-elle, par des efforts

de défécation et de miction. Depuis huit jours, rétention d'urine complète ; son médecin n'a pu la sonder.

On constate un œdème considérable des membres inférieurs, des parois abdominales et des parties génitales ; la vessie distendue remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; l'anus, largement ouvert, laisse voir la muqueuse rectale fortement congestionnée. A la vulve, considérablement distendue, se présentent trois bourrelets volumineux constitués, les deux latéraux, par les grandes lèvres infiltrées ; le médian, transversal, par la lèvre postérieure du col utérin qui y fait hernie, tandis que la lèvre antérieure, refoulée derrière et au-dessus des pubis, n'est pas visible ; le périnée tendu bombe comme au passage de la tête fœtale sur le plancher du bassin. Le toucher ne permet que l'introduction de deux phalanges, le doigt se trouve bientôt arrêté dans un cul-de-sac formé par la plicature du col de l'utérus ; des plaques gangréneuses superficielles de la muqueuse vaginale sont visibles à travers la vulve entr'ouverte. L'état général est fébrile, la constipation opiniâtre.

Une sonde de gomme introduite dans le méat urinaire qui se trouve refoulé derrière le pubis, fait écouler trois litres et demi environ d'urine trouble, couleur chocolat, mêlée de sang et de pus. La malade est très-soulagée. On réduit, en introduisant l'index gauche dans le cul-de-sac dont il est parlé, afin de l'abaisser, tandis que quatre doigts de la main droite, portés sur la face postérieure de l'utérus, devenue inférieure, tâchent de la soulever. Dès le même jour, la malade était atteinte d'incontinence d'urine. L'avortement prévu eut lieu le 24 et donna issue à un fœtus masculin du poids de 375 grammes (Charles, de Liége).

Exceptionnellement, on peut rencontrer une seconde tumeur formée par le segment inférieur de la vessie faisant issue dans le vagin. La nature de cette seconde tumeur sera facilement reconnue par sa position, sa fluctuation, sa consistance, sa disparition par le cathétérisme...

Observation XXXV.

La femme K..., 30 ans, arrivée au quatrième mois de sa seconde grossesse fit un violent effort pour enlever et faire rouler une brouette fortement chargée ; dès lors douleurs dans le ventre, les lombes et les cuisses ; difficulté dans les urines et les selles. Le 17 novembre 1853, les évacuations alvines étaient presque complétement suspendues, l'urine ne coulait que goutte à goutte après de grands efforts. La malade avait eu plusieurs vomissements bilieux ; les éructations étaient fétides. Le palper du ventre et le toucher vaginal firent reconnaître la rétroversion de l'utérus et la présence d'une tumeur molle et considérable, derrière et au-dessus de la symphyse pubienne. Négrier constata de plus une poche herniaire formée par le segment inférieur de la vessie déprimant la portion inférieure de la paroi antérieure du vagin. Cette poche bilobée se vida par l'expulsion de l'urine, lors de l'introduction de la main. L'utérus, renversé profondément, écartait la paroi postérieure du vagin du plan incliné constitué par le périnée ; le globe utérin occupait exactement toute la hauteur de l'excavation pelvienne à partir du quart inférieur de ce canal. L'auteur repoussa d'abord avec l'extrémité de ses doigts cette portion plus abaissée de l'utérus ; puis renversant fortement en supination la main fermée, et appuyant fortement le coude sur la garniture du lit, il réduisit l'utérus qui remonta dans le grand bassin par cette première tentative, faite avec lenteur, persévérance et force. Pendant la réduction, les urines coulèrent abondamment. La grossesse continua et l'accouchement fut normal (Négrier).

Dans les cas un peu douteux de rétroversion, le toucher rectal est indispensable, et a souvent assuré le diagnostic jusqu'alors indécis. Il ne faut donc pas hésiter à y avoir recours, malgré la répugnance naturelle que les femmes éprouvent d'ordinaire à se soumettre à ce mode d'investigation. Le doigt rencontre à quelques centimètres de l'anus

la tumeur utérine. A travers les parois du rectum il peut en apprécier la forme, la consistance, la parcourir dans une assez grande étendue et beaucoup plus haut qu'il n'a pu le faire dans le vagin. On peut s'assurer ainsi du degré de mobilité de la tumeur utérine, de la résistance que les matières fécales placées au-dessus d'elle seraient capables de lui opposer. En suivant le sacrum, on peut se faire une idée bien exacte du fond de la tumeur ; on constate la compression, l'aplatissement du rectum ; on a quelques données sur la forme de la paroi postérieure du petit bassin, et l'on peut même quelquefois, s'il n'y a pas compression trop grande, porter ses investigations au-dessus de la tumeur jusqu'au promontoire (Amussat ; Simon, de Heidelberg ...) Il est bon d'introduire simultanément un doigt dans le vagin et le rectum. Quelquefois la fluctuation produite par la liquide amniotique est plus appréciable d'un côté que de l'autre ; on peut trouver là une indication pour les cas de ponction utérine, que l'on pratiquera par le vagin ou le rectum, suivant qu'on sentira mieux par l'une ou par l'autre voie cette fluctuation. Enfin, le toucher rectal fera constater les adhérences, s'il en existe, et le côté où elles sont le moins résistantes ; on aura ainsi de précieuses indications si le redressement artificiel devient nécessaire.

—

CHAPITRE III

PRONOSTIC, MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

Le pronostic de la rétroversion dépend de l'époque de la grossesse où se manifeste le déplacement et de la rapidité avec laquelle le diagnostic est porté ; il dépend enfin des circonstances anatomiques, adhérences, bassin rétréci...... qui peuvent rendre la réduction difficile et même impossible. Quand il y a enclavement, la rétroversion est toujours un accident important qui réclame toute l'attention des praticiens. Le pronostic sera d'autant plus sérieux pour la mère et l'enfant, toutes choses égales d'ailleurs, qu'on aura tardé davantage d'appeler le médecin ; en effet, les parois utérines s'engorgent ; la pression de la vessie, des intestins, les contractions des muscles abdominaux confirment et exagèrent la rétroversion, augmentent les difficultés de la réduction, et facilitent l'inflammation des organes voisins (utérus, intestins, péritoine, vessie).

D'après Denman, c'est à tort que l'on regarde la rétroversion comme un accident très-dangereux ; aucun praticien expérimenté, dit-il, ne se trouve embarrassé du pronostic, pourvu qu'il soit appelé près de la malade avant qu'elle ait essuyé des maux réels. Grâce à cette restriction, Denman émet une proposition exacte dans la généralité des cas ; malheureusement, on n'est pas toujours appelé au début des accidents et alors le pronostic doit être réservé ;

il peut même être très-grave. Le pronostic varie donc suivant les cas ; les considérations qui suivent permettront d'en mieux apprécier la gravité variable.

La rétention d'urine mérite la plus grande attention ; si l'on ne parvient pas à évacuer l'urine ou si rien n'a été tenté pour obtenir cette déplétion, le liquide s'accumule dans la vessie de manière à lui donner, parfois très-rapidement, des proportions énormes. Alors surviennent des douleurs violentes dans l'abdomen, des vomissements, des hoquets, quelquefois des convulsions ; ces accidents peuvent persister pendant quinze jours et plus, mais ils conduisent presque inévitablement à la mort. On a vu quelquefois la vessie se crever et l'urine se répandre dans le ventre.

La rétention des matières fécales, la tympanite sont moins importantes ; mais il peut se manifester tous les symptômes d'un étranglement intestinal par suite de l'arrêt complet dans le cours des matières fécales ; les vomissements fécaloïdes demandent une prompte intervention ; mais ce sont surtout les symptômes généraux et les signes graves de péritonite et de cystite qui aggravent le pronostic et doivent éveiller la plus grande attention. On a cependant noté un cas où il y eut sphacèle partiel de la vessie et malgré cela, une terminaison favorable.

Obs. XXXVI.

(1) Ph. St.... 28 ans, enceinte pour la troisième fois au primptemps de 1844, fit un effort en soulevant un fardeau au commencement du mois d'août, ce qui lui occasionna une grande douleur

1. Dr Wittich, d'Eisenach, *Gazette médicale de Paris*, 1849.

avec sentiment de rupture dans le ventre. Aussitôt obligée de garder le lit, elle ne peut rendre l'urine que goutte à goutte et dans une position horizontale.

Le 26 août, la vessie distendue remontait jusqu'à l'ombilic. Le toucher vaginal fait reconnaître l'utérus rétroversé. La malade avait des anxiétés, des douleurs dans la région de la vessie, impossibilité de lâcher l'urine, de la toux, augmentant à chaque douleur. En poussant le fond utérin en haut, on fit sortir une certaine quantité d'urine très-fétide, au grand soulagement de la malade.

Le 27, après des tentatives inutiles de réduction, on vide la vessie : urine trouble, très-fétide avec un sédiment muqueux, grisâtre, membraniforme, ressemblant à une portion de muqueuse.

Le 5 septembre, après des tentatives de réduction renouvelées sans résultat, on introduisit, pour faire la ponction des membranes, une sonde qui glissa entre ces dernières et les parois utérines.

Le 6, on allait ponctionner l'utérus, lorsqu'on parvint, à l'aide de deux doigts introduits dans l'anus, à réduire la matrice. La vessie alors laissa échapper une grande quantité d'urine fétide et floconneuse ; le même soir, on vit pendre hors de l'urèthre une membrane grise, résistante, dont on retrancha environ un pouce, qu'on reconnut pour être la membrane musculaire de la vessie. A onze heures du soir, la femme fut prise de frissons suivis de fortes envies d'uriner, et rendit par l'urèthre, avec une forte explosion, une portion de membrane avec une grande quantité d'urine fétide. A minuit, nouveaux frissons, contractions utérines et expulsion d'un fœtus de quatre à cinq mois.

La membrane expulsée par l'urèthre avait la forme d'un sac, qui, rempli d'eau, présentait la dimension d'une vessie de femme ; son épaisseur augmentait graduellement de haut en bas. Elle était composée d'une quantité innombrable de fibres musculaires plus ou moins épaisses, s'entre-croisant, les unes obliques, les autres circulaires, celles-ci plus nombreuses et rapprochées vers le col ; il y avait aussi des fibres longitudinales, allant du fond au col de la vessie, appartenant au muscle detrusor vesicæ. Cette poche, comparée à une vessie saine, n'était composée que d'une couche de fibres musculaires, mais

plus épaisse qu'à l'état normal. L'utérus se rétroversa de nouveau le 13, mais la réduction fut facilement obtenue. L'année suivante, cette femme devint enceinte de nouveau et accoucha heureusement en février 1846.

Malgré tout ce que cet exemple a d'encourageant, il serait présomptueux d'attendre la guérison dans un cas de rétroversion utérine compliquée de rupture de la vessie. D'ailleurs, dans ce cas de Wittich il y eut bien sphacèle partiel mais non rupture dn réservoir ; par conséquent l'urine n'a pu s'épancher dans le péritoine, ni s'infiltrer dans le tissu conjonctif du bassin.

Le pronostic est si grave que Laugier regardait les ruptures de la vessie comme toujours mortelles. *Cui persecta est vesica... lethale,* avait dit Hippocrate. C'est là un jugement exagéré, car on peut guérir d'une rupture de la vessie. M. Houel, dans sa thèse, en cite deux exemples. Denonvilliers réussit dans un cas pareil. Syme ouvrit dans un cas la paroi abdomidale, opération qui a sauvé la malade. Enfin, la *Gazette médicale* de Paris (1873) donne le résumé de 78 ruptures de la vessie, parmi lesquelles il y a eu 7 cas de guérison ; mais aucun de ces accidents n'était compliqué de rétroversion de l'utérus gravide.

La matrice peut être aussi le siége d'une violente inflammation ; les parois utérines peuvent se tuméfier, s'engorger de plus en plus. Il arrive ici ce qui se produit dans un membre en position déclive ou bien dans la poitrine où une pneumonie hypostatique est la conséquence d'un décubitus dorsal longtemps prolongé. A une métrite déjà trèssérieuse peut succéder plus ou moins rapidement une gangrène de la matrice qui se déchire par lambeaux et peut

donner passage à l'embryon expulsé, soit par le rectum, soit par le vagin ; dans ce dernier cas, du reste, la terminaison peut être favorable.

Il faut remarquer, d'ailleurs, que ce tableau si sombre ne s'applique qu'à la rétroversion, suivie d'une terminaison fatale, soit que le déplacement ait été méconnu, soit que la réduction n'ait pu être opérée.

En étudiant maintenant les terminaisons, nous verrons que le pronostic, dans la généralité des cas, est loin d'être aussi grave que pourrait d'abord le faire supposer l'énumération des accidents sérieux que je viens de passer en revue.

Les douleurs expulsives violentes rendent le pronostic dangereux pour l'enfant ; car l'avortement est à craindre, mais non dans tous les cas ; on a vu un commencement de dilatation du col et une métrorrhagie légère ne pas être suivis d'avortement.

La marche de la rétroversion est tantôt rapide, tantôt lente, lente le plus souvent ; car même dans la forme subite, lorsque les accidents ont un début soudain, il arrive parfois que les symptômes peu prononcés s'aggravent insensiblement ; en un mot, la marche est chronique, malgré le début rapide.

La rétroversion revêt une forme chronique tant que la rétention de l'urine et des fèces n'est pas complète ; dans le cas contraire, les accidents sont aigus et les symptômes généraux se montrent au bout de peu de jours, de quelques heures, dans certains cas, si la rétention est complète d'emblée. Des lésions graves, comme la rupture de la cloison recto-vaginale dans les observations de Grenser

et de Mayor, où la mort arriva dans la nuit qui suivit le déplacement, peuvent aussi produire la marche aiguë. Dans d'autres cas, avons-nous dit, après les accidents d'un début soudain, les symptômes s'amendent pendant quelque temps, pour reprendre ensuite une nouvelle intensité. La femme Coustot (Parent) éprouva une impossibilité complète d'uriner, qui disparaît vite et se montre de nouveau quinze jours après, pour suivre alors une marche ascendante. La malade de Richter sent le déplacement s'opérer brusquement; le médecin n'est appelé que quatre semaines après.

La femme B. (Barth) souleva un seau plein d'eau et ressentit une douleur aiguë; huit jours après seulement, les urines et les selles furent supprimées. Chez la malade de Macleod, les accidents éclatent au quatrième mois et suivent une marche ascendante; le fœtus meurt vers six mois et la femme succombe au dixième. La femme vue par Wltczeck était au milieu du troisième mois; elle mourut, deux mois après, par suite de cystite ulcéreuse..... Je pourrais multiplier les exemples... En résumé, on ne peut assigner à la rétroversion une durée même approximative, profondément modifiée d'ailleurs par le mode et le résultat du traitement employé.

La rétroversion de l'utérus pendant la grossesse peut se terminer par :

1° La réduction spontanée de l'organe;

2° La réduction artificielle;

3° L'avortement;

4° La mort de la femme;

5° L'élimination des débris fœtaux par le vagin ou le rectum.

La réduction spontanée est possible, même sans aucun traitement. C'est ce qui se produisit chez une malade de M. Ollivier; je n'ai pu me procurer l'observation complète; j'en dois le résumé à l'obligeance de M. Ollivier, qui me l'a communiquée verbalement.

Observation XXXVII

En 1877, une malade entre dans le service de M. Ollivier, hôpital Lariboisière. Les règles sont supprimées depuis près de quatre mois. L'examen local est rendu très-difficile par les douleurs atroces qu'éprouve cette femme, roulée sur elle-même, le ventre très-sensible; à peine pouvait-on la toucher, qu'elle poussait des cris. Le ventre était plus développé que ne l'aurait fait croire l'époque présumée de la grossesse. Cette malheureuse n'ayant pas uriné depuis trois jours, M. Ollivier pratique le catheterisme et retire par la sonde deux litres d'urine. L'examen fut dès lors un peu plus facile à pratiquer Par le palper abdominal et le toucher vaginal, on constate deux tumeurs l'une abdominale, à sommet arrondi, peu mobile, offrant à peu près la forme et le volume de l'utérus à l'état de vacuité; l'autre pelvienne, rénitente, globuleuse, renfermant un corps mobile, présentant enfin tous les caractères d'un kyste fœtal. M Siredey, chargé du service de gynécologie à l'hôpital Lariboisière, et M. de Sinety, après un examen très-sérieux de la malade, conclurent à une grossesse extra-utérine, mais crurent devoir appeler en consultation MM. Depaul, Tarnier, Bernutz. M. Depaul, se rendant au Brésil pour assister aux couches de la comtesse d'Eu, ne put venir; M. Tarnier fut aussi empêché. La vessie n'ayant pas repris tout son ressort, la malade était sondée deux fois par jour. Quand M. Bernutz examina la malade, il ne fut pas médiocrement surpris de trouver l'abdomen soulevé par une tumeur ayant la forme et le volume d'un utérus au 4e mois; au

toucher, le col utérin fut trouvé légèrement ramolli et épaissi, mais à sa place; on vit alors que la double tumeur abdominale et pelvienne était formée par l'utérus en rétroversion qui s'était spontanément réduit.

L'observation suivante offre beaucoup d'analogies avec celle que je viens de rapporter.

Observation XXXVIII (1).

Femme de 37 à 38 ans, vue par M. le Dr Boinet. Après une suppression des règles pendant trois mois, survinrent des écoulements sanguinolents irréguliers ; les mamelles, qui avaient augmenté de volume, laissaient suinter à la pression un peu de liquide lactescent ; des douleurs de ventre s'étaient produites à différentes reprises et avaient occasionné de la fièvre.

Quand je fus appelé à l'examiner pour la première fois, la grossesse pouvait remonter à quatre mois environ. Par le toucher, le col utérin fut trouvé refoulé derrière la symphyse pubienne et en haut. Le pourtour de l'orifice, difficilement atteint, me parut un peu ramolli. Une tumeur existait dans la courbure du sacrum. Elle était moins dure qu'un corps fibreux, souple, mais pas fluctuante. Le palper adominal me permit de la retrouver à gauche, dépassant le détroit. L'auscultation ne donnait aucun résultat. Le cathétérisme utérin, si la prudence avait permis de le pratiquer, aurait seul dissipé les doutes.

Nous pensâmes qu'il fallait s'abstenir. Un mois après, ayant revu la malade, tout ce qui pouvait obscurcir le diagnostic avait disparu ; le col avait repris sa situation normale, la tumeur de l'excavation était remontée dans l'abdomen et dépassait de quatre travers de doigt le détroit supérieur. J'entendis le bruit de souffle et les battements du cœur. C'était une grossesse utérine qui s'était compliquée de rétroversion, déplacement, qui plus tard, s'était réduit spontanément.

Même dans le cas de réduction spontanée, la terminaison

1. *De la grossesse extra-utérine péritonéale. Annales de Tocologie*, juin 1874.

n'est pas toujours favorable. Chez une autre malade de M. Depaul, dont je rapporte plus loin l'observation, la réduction de l'utérus rétroversé s'opéra spontanément, mais la malade succomba trois jours après.

Assez souvent, la réduction s'est opérée sans manœuvres manuelles portant directement sur l'utérus ; mais on ne peut dire que, dans ces cas, la réduction ait été vraiment spontanée ; elle a été préparée et sollicitée par des soins appropriés, tels que cathétérisme de la vessie, purgatifs, position convenable... Il a souvent suffi de ces moyens pour opérer la réduction de l'utérus rétroversé.

La réduction peut s'obtenir quelquefois *par des manœuvres manuelles*. Nous y reviendrons à propos du traitement.

L'avortement est une terminaison fréquente de la rétroversion ; il est même probable que dans bien des cas où il y a eu avortement, sans qu'on ait pensé à constater la position de l'utérus, la fausse couche a été la conséquence d'un déplacement méconnu. Fréquemment, lorsqu'on interroge une femme atteinte de rétroversion utérine pendant la gestation, on constate que les dernières grossesses surtout ont été interrompues par un avortement survenant généralement entre le troisième et le quatrième mois, quelquefois plus tôt.

Observation XXXIX (1)

Marie C....., 36 ans, vint à l'hôpital de Guy le 13 août 1870. Elle était mère de six enfants et avait, de plus, avorté six fois dans l'espace de trois ans, entre la fin du deuxième et du troisième mois.

1. *On Retroflexion of the Uterus as a frequent cause of abortion, by Dr Philips, of Guy's hospital.*

Elle éprouvait de la pesanteur et des douleurs gravatives dans le bassin, des difficultés pour aller à la selle et pour uriner. Ces symptômes augmentaient chaque fois qu'elle était enceinte. Aucune cause générale ne pouvait expliquer ces accidents successifs; mais, l'utérus était en rétroflexion; le col paraissait sain, le corps, de volume normal. M. Philips rétablit l'organe dans sa position naturelle et le soutint au moyen d'un pessaire de Hodge. Bientôt cette femme devint enceinte et se présenta plusieurs fois à M. Philipps pendant les deux ou trois premiers mois, mais, comme elle souffrait peu de ses symptômes habituels gênants, le chirurgien ne la revit plus qu'au sixième mois de la gestation. Alors il trouva que l'utérus occupait sa position normale dans l'abdomen et il retira le pessaire. La malade accoucha à terme.

Les cas analogues sont assez nombreux; il me paraît légitime d'attribuer à la rétroversion méconnue ces avortements parfois nombreux, et que l'on a pu prévenir et empêcher plus tard (alors qu'ils paraissaient imminents), en se contentant de maintenir l'utérus dans sa position normale. D'autres fois, par contre, malgré un commencement de dilatation du col, malgré une hémorrhagie légère, la réduction de la matrice a permis d'arrêter un avortement, qui semblait prêt à se produire. Disons enfin que, dans le cas où tous les moyens rationnels avaient échoué, où les manœuvres manuelles s'étaient montrées impuissantes, l'avortement a dû être provoqué.

La mort de la femme est la conséquence des complications dont j'ai déjà eu occasion de parler : cystite, péritonite, métrite, urémie, arrêt des matières intestinales, marasme, gangrène, rupture de la vessie, des parties génitales...

On a enfin signalé des cas de rétroversion de l'utérus gravide, terminée par *élimination des débris fœtaux par*

le vagin ou le rectum. Merriman a rassemblé plusieurs faits pour montrer la possibilité de cette terminaison ; mais on ne peut affirmer qu'on ait eu affaire à de véritables rétroversions et Dewees, ainsi que Boivin et Dugès, ont soutenu que tous les cas décrits par Merriman se rapportaient à des grossesses extra-utérines. Plus récemment, M. Guichard, de Troyes, en a publié un exemple.

Observation XL (1).

Une dame, dont la grossesse remontait à deux mois, fut affectée d'une rétroversion utérine. Douleurs vives, rétention des fèces et de l'urine. Tentatives de réduction inutiles. Plus tard, vers la fin d'avril il se déclara quelques douleurs suivies de l'évacuation d'un liquide semblable à celui de l'amnios, puis tout travail s'arrêta. La matrice cessait de s'accroître. En août et septembre survint une diarrhée qui se prolonge six semaines, remplacée par un flux utérin très-fétide qui dura huit jours. Au mois de décembre, après un effort, cette femme éprouva une pesanteur anale et un ténesme pressant. Elle rend alors du pus avec un petit os, suivi plus tard de l'expulsion d'une coronal, d'une moitié de mâchoire inferieure et d'un humérus. Depuis, la guérison a été complète et ne s'est pas démentie depuis deux ans et demi.

1. Guichard de Troyes, *Gaz. méd. de Paris*, 1856.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Anatomiquement, on admet plusieurs degrés dans les rétroversions de l'utérus gravide, deux, trois degrés, selon que l'on subdivise plus ou moins. Il est évident que d'un degré à l'autre, la transition est insensible, cette distinction est donc admise uniquement pour la commodité de la description. Dans un 1er degré, la rétroversion est partielle, incomplète ; le fond, immédiatement au-dessous du promontoire et appuyé contre la 1re et la 2e pièce du sacrum, est plus élevé que le col, qui se trouve vers le milieu de la symphyse pubienne. Si la rétroversion se confirme, le grand axe utérin est horizontal. Dans un degré plus prononcé, le grand axe de la matrice est de nouveau parallèle à celui du détroit supérieur ; le fond est plus bas que le col et appuyé contre le périnée qu'il fait bomber ou même hors de la vulve, tandis que le museau de tanche est dirigé en haut et placé au-dessus des pubis.

Le col peut être fléchi sur le corps. « Dans la 1re période de la grossesse, la matrice est un peu ramollie à l'union du corps avec le col ; s'il se fait une rétroversion et si l'axe utérin est plus long que l'axe antéro-postérieur de l'excavation, le col viendra arc-bouter sous la branche des pubis, se recourbera en bas, et il y aura rétroflexion » (Elleaume). Sauf dans un cas de dilatation sacciforme à la

fin de la grossesse (Depaul) on n'a pas songé à rechercher par l'insufflation, ou par la distension au moyen de l'eau, la forme de la matrice. Il me paraît certain qu'on aurait trouvé cette dilatation sacciforme, c'est-à-dire un développement exagéré du segment postéro-inférieur de la matrice dans bien des cas, spécialement lorsque le toucher et le palper avaient fait constater la présence d'une double tumeur abdominale et pelvienne et que l'on croit avoir affaire à une grossesse extra-utérine.

L'examen nécroscopique fait découvir la matrice plus ou moins profondément enclavée dans le petit bassin et recouverte par la vessie et les intestins. Elle peut être unie par des fausses membranes, suites de péritonites partielles, anciennes ou récentes, avec différents organes circonvoisins, rectum, colon, vessie. Le fond peut faire issue hors de la vulve, comme dans le cas de Schatz, où l'on ponctionna la vessie par l'hypogastre et l'utérus par le vagin, double opération suivie de guérison (Schatz, *Geburtshülfliche Gessellschalft*, 1870). L'enclavement a été quelquefois si opiniâtre qu'il a fallu inciser la symphyse du pubis, afin de remettre l'utérus dans sa position normale, comme dans les cas de Walter Wall et Hunter, de Wilner, de Saxtroph, de Moreau. Les parois utérines peuvent être perforées, comme dans l'observation de Baynham ; on avait fait fausse route ; d'autres fois, une communication s'est établie entre le rectum et le fond de l'utérus et le fœtus morcelé peut être expulsé par l'anus ou le vagin.

Chez la malade de Macleod, l'utérus adhérait aux parois abdominales et à l'arc transverse du colon ; au centre de cette dernière adhérence existait une rupture de l'intestin

du diamètre d'une plume d'oie. Les parois du vagin peuvent être enflammées, déchirées, gangrenées comme dans le cas suivant :

Observation XLI (1).

Une sage-femme fut appelée auprès d'une femme misérable qui se plaignait d'un sentiment de forte pression, de tenesmes dans le bas-ventre, de douleur au sacrum et de constipation. Un médecin arriva à huit heures. Le visage de la malade était décomposé, le pouls très-petit ; elle perdait du sang par la vulve. Présumant que la tumeur était une môle, le médecin se mit à la tirer en divers sens : pendant ces tractions, il s'écoula environ deux litres d'eau, les douleurs et l'hémorrhagie s'accrurent. Un docteur en médecine vint et reconnut une rétroversion de la matrice ; à minuit, la malade mourut.

A l'autopsie, on trouva une tumeur grosse comme une tête d'enfant, et faisant issue hors de la vulve. Elle était formée par les ovaires et tout le corps de l'utérus qui faisaient hernie à travers une déchirure de la paroi postérieure du vagin. La matrice, contenant un embryon gros comme un œuf de poule, était renversée en arrière de façon que le col était resté contenu dans le bassin. Le rectum était d'un rouge intense ; la vessie vide était injectée à sa partie inférieure.

Des délabrements aussi considérables existaient dans le cas suivant qui a donné lieu à une expertise médico-légale, dirigée par P. Dubois.

Observation XLII (2)

L. G..., paysanne, âgée de 32 ans, étant grosse d'environ trois mois et demi lorsqu'elle fut prise de douleurs vagues. Peu après les douleurs devinrent très-vives dans le ventre et les reins et lui arra-

1. Grenser (de Dresde), *Monatschrift für, geburstkunde.* Berlin, 1857.
2. P. Dubois, *Presse médicale*, 1837. *Réflexions sur un cas de rétrov. de l'utérus*, communiqué par Mayor (de Lausanne).

chèrent des cris que sa belle-mère attribua aux prodromes d'une fausse couche ; le mari, voulant donner quelques soins à sa femme, perçoit une grosseur qui sort des parties génitales. Après quelques recherches pour s'assurer de la nature de la tumeur, un chirurgien la reconnaît pour la matrice rétroversée, et il parvient à la replacer dans sa position naturelle ; mais, la femme qui était déjà dans l'état le plus déplorable, expira peu de temps après. Des tentatives criminelles furent soupçonnées et MM. Mayor (de Lausanne) et C..., furent requis pour faire l'autopsie : Les parties extérieures de la génération ne présentent rien de particulier, mais, elles laissent voir, à deux lignes de profondeur, dans la direction de la fourchette, une plaie frangée. Le bassin ouvert, on trouve dans la cavité péritonéale, au-devant du sacrum, une plaie transversale, communiquant avec la cavité abdominale et la partie postéro-inférieure du vagin ; il existe ainsi un canal accidentel dont l'orifice supérieur est constitué par la déchirure du péritoine ; l'inférieur, par la déchirure du vagin, et dont la partie moyenne occupe la cloison recto-vaginale lacérée ; la plaie du vagin a cinq pouces de large dans la dilatation ; elle remonte en s'élargissant le long de la cloison recto-vaginale jusqu'au péritoine, qui est ouvert à sept pouces de largeur ; c'est le chemin parcouru par l'utérus pour sortir de la vulve.

La vessie, large et flasque, paraît avoir été distendue. L'utérus, mou, flasque, rougeâtre, présente un certain nombre de petites déchirures semi-circulaires, ressemblant à des coups d'ongles. Il contient un fœtus de trois mois et demi présentant plusieurs ecchymoses dont une assez large sur l'occiput et une plus large sur le dos ; le placenta est meurtri et broyé.

Le Conseil de Santé a admis que ces lésions étaient le résultat des efforts naturels auxquels la femme s'était irrésistiblement livrée et que la mort était le résultat de ces lésions.

Les organes voisins sont le siége de désordres plus ou moins étendus.

Le canal de l'urèthre est tiraillé, tendu, dévié. Le col de la vessie peut être comprimé par le museau de tanche.

La vessie acquiert parfois des proportions très-considérables ; on constate tous les résultats de la rétention d'urine : membrane muqueuse phlogosée, parfois gangrénée, épaisseur beaucoup plus considérable des parois vésicales ; urine brunâtre, fétide, chargée de mucosités, purulente, mélangée de lambeaux gangrénés.

Distension des uretères, du bassinet, des calices ; leurs parois augmentent parfois d'épaisseur, comme dans les autopsies de Reid, Barber, Reynick... Adhérences de la vessie avec les parois abdominales (Viricel, Bamberger), les intestins (Reid), l'épiploon (Craninx). Wilner a trouvé la vessie pleine de sang coagulé et il a constaté que l'inflammation s'était étendue jusqu'au côlon (Burns). On a vu, par suite de la pression du col de l'utérus, la vessie divisée en deux parties inégales, comme une gourde de pèlerin.

Les parois vésicales, ordinairement hypertrophiées, peuvent être amincies, n'avoir plus que l'épaisseur d'une feuille de papier comme dans le cas de Bamberger (de Vienne). La rupture de la vessie a été produite soit par la distension extrême, soit par la gangrène. Dans un cas rapporté par Martin (de Berlin) une sage-femme maladroite avait perforé la vessie en pratiquant le cathétérisme et déterminé une péritonite mortelle. La vessie céda dans les cas de Saxtroph, de Lynn et Hunter, du docteur Squires (med. Review, journ. 1801.. Si la gangrène est superficielle et limitée comme dans les cas de Hausmann (*Monats. für Gehrtsk*, t. XXXI). Si la membrane muqueuse est seule atteinte, la guérison peut avoir lieu. Dans le cas de Wittich, la muqueuse, avec la couche musculeuse interne, fut expulsée par l'urèthre,

et il y eut guérison. Dans le cas suivant, il y eut aussi sphacèle de la tunique musculeuse, et la mort s'ensuivit.

Observation XLIII (1).

Femme de 33 ans, ayant eu sept enfants et un avortement, entre à l'hôpital de Leipsig, après six semaines de souffrances. L'utérus rétroversé n'avait pu être réduit. On obtient enfin la réduction, mais l'état général est mauvais. Six jours après la réduction, avortement, et, deux jours après, mort.

A l'autopsie, pas de traces de péritonite récente, mais adhérences anciennes entre la vessie et l'épiploon ainsi que les anses de l'intestin grêle. L'utérus, du volume du poing, est en rétroflexion. La lésion principale est celle de la vessie, dont la paroi antérieure est lésée, ce qui explique la quantité de liquide trouble trouvée dans le petit bassin en ouvrant l'abdomen. En incisant largement la vessie, on constate, dans sa cavité, un sac jaune brunâtre, du volume de la tête d'un enfant, formé par la muqueuse détachée dans sa totalité et ayant, dans un endroit, intéressé la tunique musculeuse, ce qui explique le peu d'urine extrait à l'hôpital. Ce sac était, dans son segment inférieur, complétement détaché ; son épaisseur est de trois à quatre millimètres; sa surface interne est noire et tapissée de sels urinaires. Au microscope, on n'y trouve pas d'épithélium mais bien des cellules analogues à celles des fibres musculaires lisses.

Les uretères ne sont point dilatés; les reins sont très-injectés, surtout dans les pyramides ; les bassinets sont dilatés. Les autres organes de l'abdomen sont parfaitement sains. On a quelquefois constaté la présence de l'urée et de l'acide urique dans le sang (Bamberger-Braun).

On trouve souvent à l'autopsie les traces d'une péritonite générale ou partielle ; épanchements, fausses membranes, adhérences. On peut rencontrer aussi l'inflammation des intestins et des adhérences qui les unissent entr'eux

1. *Moldenhauer*, *Archiv. für Gynæk*, t. VI.

ou à la vessie (Reid), aux parois intestinales, à l'utérus (Craninx, Macleod), etc. Ces intestins sont quelquefois très-météorisés, ulcérés (Wilczeck) refoulés en haut sous le diaphragme (Reynick) ; des matières fécales durcies y sont parfois accumulées au-dessous et au-dessus du fond utérin. Le rectum aplati entre le fond de l'utérus et la paroi postérieure du bassin a présenté un rétrécissement tel que son calibre était réduit à une mince filière à travers laquelle les gaz même ne parvenaient point à s'échapper. Au-dessus de cet étranglement une distension considérable avec accumulation de matières fécales.

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC.

S'il faut en croire la plupart des auteurs, le diagnostic est ordinairement assez facile. Il n'en est pas moins vrai que rarement la rétroversion est reconnue du premier coup, et des erreurs ont été commises même par les princes de la science. Les signes rationnels, les symptômes de compression ne sont nullement pathognomoniques, puisqu'ils peuvent être produits également par différentes tumeurs de l'excavation ; on ne doit leur accorder qu'une importance secondaire ; ce sont des éléments qui sont de nature à éveiller l'attention et à mettre sur la voie, mais sans autoriser à porter un jugement définitif. La clef du diagnostic appartient aux signes sensibles : le ballonnement particulier du ventre, quelquefois l'œdème de la vulve et des membres inférieurs, la situation du col en avant, sa continuité en arrière avec une tumeur arrondie volumineuse, régulière, qui occupe la concavité sacrée, obstrue le vagin et le rectum, et présente tous les caractères d'un utérus en gestation ; par suite le soulèvement, le plissement de la paroi postérieure du vagin, la tension de la paroi antérieure, le changement de direction du conduit, la position anormale du méat urinaire.

.... Par le toucher seul, le praticien pourra reconnaître la rétroversion à forme lente qu'il aura pu soupçonner

d'après l'existence des symptômes fonctionnels, dysurie, constipation, douleurs, quelquefois vomissements opiniâtres. Dans d'autres cas, des avortements réitérés doivent éveiller l'attention du médecin. Il ne faut pas alors hésiter et le devoir de l'accoucheur est d'insister vigoureusement pour procéder à l'examen local, lorsqu'il suppose qu'il pourrait bien exister un déplacement de la matrice.

Si les urines coulent par regorgement, la malade prétend parfois qu'elle n'éprouve rien du côté des voies urinaires ; on a d'autant plus de peine à lui persuader que le cathétérisme est indispensable et le toucher de rigueur. Le médecin ne devra être pas moins ferme ; il fera comprendre à la malade les dangers qu'elle court en ne se soumettant pas à un examen approfondi. Lorsque les accidents éclatent soudainement, les symptômes sont plus frappants et facilitent le diagnostic : rétention d'urine complète d'emblée ou en peu de jours, constipation opiniâtre, douleur subite...N'oublions pas que ces signes peuvent manquer ou être peu marqués ; en définitive, c'est au toucher qu'il faudra toujours avoir recours.

Il faut naturellement, avant tout, reconnaître la grossesse ; c'est ce qui me paraît avoir été négligé dans l'observation suivante communiquée par mon ami M. Paul Redard, interne des hôpitaux ; la persistance des règles occasionna l'erreur.

Observation XLIII.

Brun (Marie), 35 ans, domestique, entre à l'hôpital Lariboisière, le 10 avril 1877. La malade nous dit avoir toujours joui d'une excellente santé ; elle était régulièrement réglée. Il y a un an, elle entra

à l'hôpital de la Charité, se plaignant que son ventre avait subi un développement énorme ; elle éprouvait des douleurs très-vives dans l'abdomen; elle avait en outre des vomissements et quelques métrorrhagies : cataplasmes, injections de morphine, vésicatoires. Le médecin du service diagnostiqua, nous dit-elle, un kyste de l'ovaire enflammé et lui conseilla une ponction, opération qui ne fut point pratiquée, car son ventre diminua peu à peu et 5 mois 1/2 après le début des accidents, elle sortit de l'hôpital très-améliorée.

Il y a six semaines, elle fut prise de douleurs très-vives dans le ventre, qui a considérablement augmenté de volume en peu de temps. Les règles sont régulières.

Le 13, douleurs très-vives dans l'abdomen, vomissements ; tumeur légèrement fluctuante, développée surtout du côté gauche et occupant la région hypogastrique ; la matité s'étend au-dessus de l'ombilic ; sonorité dans les flancs. Le col de l'utérus est porté en haut et en avant, le corps en arrière ; les mouvements imprimés à la matrice sont douloureux et ne se communiquent pas à la tumeur abdominale.

Le 5 mai, les douleurs abdominales, les vomissements augmentent d'intensité. Le 7, on retire par le cathétérisme 4 litres d'une urine pâle et limpide et 3 litres le lendemain. Les phénomènes généraux s'accentuent, les vomissements ne discontinuent pas et la malade expire dans la nuit du 10. Au moment de sa mort, elle accouche d'un fœtus de quatre mois environ.

A l'autopsie, signes de péritonite généralisée ; l'intestin adhère à une énorme tumeur liquide occupant toute la partie inférieure de l'abdomen, située sur la ligne et remontant à quatre centimètres au-dessus de l'ombilic ; c'est la vessie, à l'ouverture de laquelle il s'échappe une assez grande quantité d'une urine fétide et purulente ; ses parois sont hypertrophiées ; la muqueuse est épaissie, ardoisée et déchirée par places. Rien d'anormal dans la forme et le volume de l'utérus ; cet organe est en rétroversion très-marquée ; le corps est abaissé, et le col vient comprimer fortement le col de la vessie.

J'ai déjà eu l'occasion de faire remarquer que la rétro-

version a été souvent méconnue, soit que les symptômes fonctionnels ou la terminaison elle-même aient masqué le déplacement, soit que la matrice rétroversée ait été confondue avec différentes tumeurs, et réciproquement.

Les différents états avec lesquels on a pu confondre la rétroversion sont :

1° La rétention d'urine et la constipation ;

2° La péritonite ; une affection nerveuse ;

3° L'avortement ;

4° L'ascite ;

5° La tumeur formée par une môle, une tête d'enfant ;

6° La métrite avec engorgement du corps de l'organe ;

7° Des tumeurs de l'excavation ; la pelvi-péritonite ; l'hématocèle rétro-utérine ;

8° La grossesse extra-utérine.

1° *Rétention d'urine et constipation.* — C'est surtout dans la rétroversion à marche lente que ces symptômes peuvent, par leur importance, attirer presque exclusivement l'attention et masquer le déplacement, que le toucher ferait en général facilement reconnaître.

Dans la plupart des observations que j'ai rapportées, on a vu que souvent la rétroversion était méconnue et que la personne appelée pour soigner la malade s'obstinait, assez longtemps quelquefois, à ordonner des purgatifs ou des diurétiques. Je n'ai point à revenir sur ces erreurs nombreuses ; je rappellerai seulement que le devoir du médecin est de procéder à l'examen local, chez toute femme enceinte, atteinte de rétention d'urine et de constipation opi-

niâtre, surtout vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse.

2° *Péritonite, affection nerveuse.* — Les symptômes généraux, la douleur appartiennent également à la rétroversion et à la péritonite, qui peut d'ailleurs compliquer le déplacement. Le diagnostic peut être rendu plus difficile encore, par l'impossibilité de pratiquer le toucher, comme chez la malade de Gougis. Chez une malade de Godefroy, un médecin appelé d'abord avait cru à une affection nerveuse.

3° *L'avortement.* — Parfois l'avortement vient terminer la scène, sans que le déplacement ait été même soupçonné. Dans des cas plus heureux, le praticien appelé en consultation a pu, même après une hémorrhagie légère et un commencement de dilatation du col, empêcher une fausse couche qui semblait imminente. J'en ai cité plusieurs exemples. Dans un cas, Martin (de Tonneins) fut appelé par un médecin qui croyait à une grossesse pénible.

4° *L'ascite.* — L'erreur serait grossière et peut être évitée avec un peu d'attention. On cite pourtant plusieurs cas où la rétroversion fut confondue avec l'ascite, ainsi dans le cas de Basham. M. Hubert (de Louvain) eut un jour l'occasion d'empêcher une ponction qu'un médecin et un accoucheur allait pratiquer dans l'abdomen d'une femme, croyant avoir affaire à un vaste abcès, alors qu'il s'agissait d'une rétention d'urine avec incontinence par regorgement. Le cathétérisme juge facilement la question en faisant disparaître la tumeur. Vient ensuite le toucher qui donne, à propos de l'ascite des résultats négatifs, mais qui, dans la rétroversion, vient confirmer ce que la nécessité du

cathétérisme a déjà fait soupçonner. « Ainsi, dans le cas de M. Croft, la maladie avait un mois de durée ; la femme était atteinte d'œdème, et on supposa qu'elle avait une hydropisie; mais en introduisant la sonde, on retira sept pintes d'urine »(Burns).

5° *La tumeur formée par une môle, une tête d'enfant.* Dans le cas de Grenser (de Dresde), un médecin prit l'utérus rétroversé pour une môle et opéra diverses tractions pour l'extraire. Dans le cas suivant, une accoucheuse prit le fond utérin pour la tête de l'enfant.

Observation XLV

Une bourgeoise, après onze couches heureuses, étant de nouveau enceinte, au troisième mois de sa grossesse, fut prise de symptômes d'avortement. Une sage-femme ayant rencontré un corps arrondi dans le vagin, le prit pour une tête d'enfant, et tira dessus sans pouvoir l'amener. Le médecin accoucheur de la maison méconnut aussi la nature de la tumeur, et laissa se compléter l'avortement. Ce dernier eut lieu. Quand la femme voulut se lever, elle éprouva de la pesanteur dans le bassin avec tiraillement comme si quelque chose eût descendu, et n'alla à la selle qu'avec la plus grande difficulté. Le docteur Schmidt, dix jours après la fausse couche, trouva l'utérus recourbé comme une retorte : l'orifice était situé contre l'arcade pubienne, tandis que le corps se trouvait enfoncé dans la cavité pelvienne contre le rectum. L'utérus étant très-sensible et le cours des urines n'étant pas interrompu, la réduction, renvoyée à plus tard, fut opérée après quarante-deux jours. Cette femme eut encore trois couches heureuses.

6° *Métrite avec engorgement du corps de l'organe.* — Dans un cas rapporté par Martin (de Lyon) trois praticiens crurent à la rétroversion de l'utérus gravide, tandis que la suite prouva que l'organe était engagé par suite d'une

métrite chronique. Les antécédents de la malade pourront faire reconnaître l'engorgement ; rarement on constatera les symptômes rationnels de la grossesse. La constipation, la dysurie ne sont pas aussi marqués que dans la rétroversion. Enfin le toucher est, aussi dans ces cas, de la plus grande utilité.

7° *Tumeurs fibreuses, cancer du corps ou du col de l'utérus.* — Dans certains de ces cas, la marche lente de la maladie, l'accroissement graduel mais peu rapide de la tumeur, permettront seuls d'arriver à un diagnostic certain et d'éliminer sûrement la rétroversion d'un utérus gravide. Ainsi, une tumeur pédiculée prenant naissance sur la face postérieure de l'utérus peut tomber dans le cul-de-sac recto-utérin et simuler le fond de l'organe rétroversé ; la méprise sera surtout facile si le col utérin est en même temps repoussé en avant et va comprimer l'urèthre.

Avec un peu d'attention on ne confondra pas avec une rétroversion de l'utérus gravide une hypertrophie ou un squirrhe, parce que, dans ce cas, l'organe est dur, tandis que dans la rétroversion il présente un état de mollesse qu'on peut facilement reconnaître (Amussat).

Le diagnostic serait rendu difficile si on avait affaire à une grossesse compliquée de tumeur fibreuse à la paroi postérieure de l'utérus. Si une tumeur quelconque siège sur la lèvre postérieure du col et est assez volumineuse, la lèvre antérieure est refoulée en avant ainsi que l'orifice ; la dysurie et la constipation peuvent en être la suite. Mais il suffit d'être averti pour qu'un examen sérieux permette d'éviter toute méprise.

8° *Tumeurs de l'excavation*; *pelvi-péritonite; hémato-*

cèle rétro-utérine. Un ovaire peut augmenter de volume à la suite d'hypertrophie, de kystes solides ou liquides, de carcinôme ; souvent alors il descend dans le cul-de-sac recto-vaginal, repousse la matrice, et peut produire alors plusieurs des symptômes de la rétroversion, surtout s'il existe en même temps quelques phénomènes sympathiques de la grossesse, comme il s'en produit sonvent dans le cas d'altération des ovaires. Dans un cas d'hydropisie des deux ovaires, le gauche remplissait en partie l'abdomen, tandis que le droit était retenu par des adhérences dans le petit bassin ; l'utérus était entre les deux, et son col se trouvait relevé contre la symphyse. Deux accoucheurs crurent à une rétroversion de l'utérus gravide, prenant l'ovaire droit pour le corps de la matrice. Ramsbotham cependant avait remarqué l'absence des modifications du col. L'autopsie seule démontra l'erreur.

On pourrait difficilement prendre pour le fond de l'utérus rétroversé la tumeur formée par l'inflammation péri-utérine. Ordinairement secondaire, la pelvi-péritonite apparaît souvent après un accouchement ou un avortement et est alors facilement distinguée de la rétroversion post-partum non-seulement par le toucher, mais encore par ses débuts caractéristiques : troubles généraux, frisson violent, fièvre intense. La douleur générale continue et rend très-difficile l'examen local. Quand il est possible, on trouve à l'hypogastre une tumeur mal définie, rénitente, aplatie ou arrondie, sensible à la pression, ordinairement peu volumineuse. Au toucher, la matrice est déplacée en masse; le corps est immobilisé. Les symptômes rationnels de la grossesse n'existent pas ; la rétention de l'urine et des

matières fécales est moins marquée ; le vagin et le méat urinaire n'ont guère subi de déviations.

On ne peut bien décider de quelle nature était la tumeur dans le cas suivant qui donna lieu à une erreur de diagnostic de la part de Mme Boivin, de Dubois, de Béclard.

Observation XLVI.

Une fille de 22 ans était affectée depuis cinq jours de constipation, de strangurie, de vomissements. La fosse iliaque gauche était douloureuse et tuméfiée. Traitement antiphlogistique. Les lavements ne purent pénétrer dans l'intestin, ni la sonde dans la vessie. Le toucher fit constater une tumeur énorme remplissant la capacité du petit bassin ; le vagin en était si fortement repoussé d'arrière en avant, qu'il devenait impossible de glisser le doigt derrière le pubis. La malade ne rejetant pas l'idée d'une grossesse, on crut à une rétroversion de l'utérus gravide ; les tentatives de réduction furent inefficaces. Les professeurs Dubois et Béclard portèrent le même diagnostic. Nouvelles tentatives de réduction sans effet ; on introduisit même un levier dans le vagin pour faire basculer l'utérus. Il y eut cependant une amélioration telle que la malade put uriner et eut des selles spontanées. De nouvelles explorations inspirèrent des doutes sur l'exactitude du diagnostic ; car, quoique lisse et indolente comme l'utérus gravide, la tumeur était rénittente, sans apparence de fluctuation ni ballottement. N'était-ce point un engorgement de l'ovaire précipité dans le bassin ou bien une tuméfaction de la cloison recto-vaginale ? Au moyen du speculum, on appliqua douze sangsues sur la paroi postérieure du vagin ; la tumeur diminua de volume et permit à l'utérus de redescendre dans le vagin et de se laisser toucher et apprécier dans sa dimension normale, quoique repoussé encore en avant. L'erreur du premier diagnostic était ainsi démontrée. C'est là que se bornèrent les recherches, car la malade quitta l'établissement.

Le diagnostic avec l'hématocèle rétro-utérine peut pré-

senter parfois quelques difficultés. La suppression des règles peut faire croire à une grossesse ; les signes rationnels relatifs aux phénomènes du début, à la gêne dans l'émission des fèces et des urines sont à peu près identiques. Par le toucher rectal, on constate, comme dans la rétroversion, la présence d'une tumeur dans l'excavation ; cette tumeur peut être le siége de contraction peu intense, venant probablement de la tension produite dans le kyste hématique par les contractions des muscles abdominaux ; fluctuante d'abord, elle peut devenir plus tard assez consistante pour simuler cette sensation particulière que donne au doigt la pression qu'il exercé sur le tissu utérin. Le col est, dans le cas d'hématocèle, rarement impossiblé à atteindre. Loin de trouver le ventre plat comme dans la rétroversion, une fois la vessie vidée, on constate l'existence dans l'hypogastre d'une tumeur plus ou moins volumineuse, à la patrie antérieure de laquelle l'utérus se dessine quelquefois en relief.

Observation XLVII (1).

Femme de 32 ans, dysménorrhée habituelle, suppression des règles depuis deux mois. Il y a trois semaines, la malade éprouva des coliques atroces. Excrétion des fèces et miction très-pénibles. La vessie ayant été vidée on sent derrière elle une tumeur lisse, ronde, sensible, immobile et difficile à limiter. On sent par le toucher vaginal une demi-sphère fluctuante, le col est à deux pouces au-dessus du pubis. — Diagnostic : rétroversion d'un utérus gravide au 5e mois. On ponctionna la tumeur ; il s'écoula deux litres et demi de sang noir ; péritonite intense qui emporta la malade en trois jours. L'autopsie fit voir

1. Mikschik, *Études sur la physiologie des ovaires.* — Voisin, *De l'hématocèle rétro-utérine.*

l'utérus dilaté, un énorme sac entouré de fausses membranes entre l'utérus et le rectum, contenant une livre de sang. M. Courty signale également un cas observé par M. Puech, dans lequel on avait cru tour tour à une fausse couche imminente et à une rétroversion de l'utérus; c'était une hématocèle qui fut révélée par la sortie d'un liquide semblable à du raisiné.

M. Depaul rapporte un cas où le diagnostic ne fut possible que grâce à un examen antérieur.

Observation XLVIII (1).

Une dame d'environ 40 ans, non primipare, m'avait déjà consulté pour savoir si une petite affection du col de l'utérus, qui avait été récemment soignée par deux cautérisations au fer rouge pratiquées par un collègue distingué, était bien définitivement guérie : de mon examen il résulta que la petite ulcération avait disparu et que la matrice parfaitement mobile était à sa place. Il y avait cinq semaines que je l'avais fait lorsque M. Chauffard, qui était devenu le médecin habituel de cette dame, me demanda de la voir avec lui. Il me raconta que huit jours avant, il s'était produit un mouvement fébrile très-marqué, précédé de frisson : en même temps le ventre était devenu douloureux et bientôt il y avait eu impossibilité d'uriner; depuis plusieurs jours, le cathétérisme était pratiqué soir et matin. Sa menstruation avait été un peu irrégulière depuis deux mois; il y avait de temps en temps un suintement sanguinolent peu abondant. Mon confrère, chaque fois qu'il introduisait la sonde, avait la sensation d'un obstacle qu'il fallait vaincre pour pénétrer dans la vessie.

Voici ce que l'exploration que je fis me permit de reconnaître. Le col n'était plus à sa place; je le trouvai tout-à-fait en haut, accolé à la symphyse pubienne et très-difficile à atteindre ; son orifice externe était entrouvert et peu modifié quant à la consistance. Toute la courbure du sacrum était remplie par une masse volumineuse, de consistance moitié molle, moitié ferme, sans fluctuation, et qui, repoussant

1. Depaul, *Ann. de Tocologie*, 1874.

en avant la paroi postérieure du vagin, remplissait plus des trois quarts de l'excavation pelvienne. Elle se prolongeait très-bas en refoulant le cul-de-sac péritonéal et son extrémité inférieure n'était pas éloignée de plus de deux centimètres de l'orifice anal. Le toucher rectal conduisit à des résultats identiques, en démontrant que la tumeur était dans le cul-de-sac du péritoine.

L'intestin comprimé longeait sa région postérieure. Le palper abdominal était rendu difficile par un embonpoint un peu exagéré, cependant nous nous assurâmes qu'il y avait de la matité dans la fosse iliaque gauche et nous eûmes la sensation d'une rénittence indiquant la présence d'un corps étranger.

Ce à quoi cet état ressemblait le plus de prime abord, c'était à un cas de rétroversion utérine compliquant une grossesse de trois ou quatre mois ; mais, j'avais vu la malade un mois avant et je savais que cela ne pouvait pas être ; je m'étais également assuré qu'elle n'avait ni corps fibreux, ni kyste de l'ovaire, et un temps assez long ne s'était pas écoulé pour que des tumeurs de cette nature eussent pu prendre un pareil développement. D'ailleurs, ce qu'on touchait n'en avait pas la forme ni la consistance. Un phlegmon péri-utérin ne nous parut pas admissible ; il n'y avait presque plus de douleur, et toute réaction inflammatoire avait disparu ; l'existence d'une grossesse extra-utérine ne pouvait être acceptée. Une fécondation remontant à quatre ou cinq semaines n'aurait pas donné lieu à un kyste fœtal d'un pareil volume. Après avoir passé en revue toutes les éventualités qu'un état semblable pouvait suggérer, nous nous arrêtâmes à l'idée d'une hématocèle rétro-utérine. La forme de la tumeur, sa consistance, son brusque développement, le refoulement considérable du cul-de-sac péritonéal postérieur en bas, tout nous parut se réunir pour nous confirmer dans cette opinion. Il ne restait plus, pour arriver à la certitude, qu'à pratiquer le cathétérisme de la matrice. Une sonde fut introduite avec précaution à travers l'orifice et pénétra à cinq centimètres et demi de profondeur, en montant verticalement dans la direction de la symphyse pubienne. Tout ce qui s'est passé depuis a confirmé notre diagnostic.

Dans un cas analogue, en imitant la conduite habile et prudente de M. Depaul, le praticien aura toutes les chances d'éviter une erreur.

9° *Grossesse extra-utérine.* — Dans presque tous les cas que nous venons de passer en revue, un médecin instruit a pu, avec de l'attention, reconnaître le déplacement et poser le véritable diagnostic. Mais ici l'erreur est excusable ; la discussion des signes rationnels et sensibles a pu amener les princes mêmes de la science à ces erreurs de diagnostic dont j'ai dit un mot à propos du toucher. Je rappelle les observations que j'ai déjà rapportées, dans lesquelles Velpeau, MM. Ollivier et Siredey, Charles (de Liége), ont senti à la fois une tumeur abdominale présentant la forme et le volume de l'utérus, une tumeur pelvienne, remplissant l'excavation et offrant les caractères d'un kyste fœtal, et ont pu admettre une grossesse extra-utérine alors qu'ils avaient affaire à une rétroversion de l'utérus gravide. Le Dr Barnum a relaté un cas de grossesse extra-utérine regardée par J. Burns comme une rétroversion. Inversement, les observations rapportées par Merriman comme des exemples de rétroversion terminées par suppuration et élimination des débris fœtaux par le rectum et le vagin ont été contestées par Dewees, Boivin et Dugès et considérées par ces auteurs comme appartenant à des grossesses extra-utérines. Dans le cas suivant, l'erreur fut commise par des hommes illustres, qui purent la reconnaître et la rectifier.

Observation XLIX (1).

Capuron fut appelé par les docteurs Gresily et Londe pour examiner

1. *Bulletin de l'Académie de Méd.*, 1841.

une femme de 38 ans, ayant eu quatre couches pénibles et terminées par le forceps ; elle était au troisième mois de sa sixième grossesse. A la suite d'un voyage fatigant sur une charrette, elle avait été atteinte d'une péritonite qui avait passé à l'état chronique et causait encore des douleurs vagues et assez irritantes dans plusieurs points de l'abdomen. En la visitant, Capuron trouva le ventre, les lombes, les membres inférieurs gonflés, infiltrés. La cavité du petit bassin, au-dessous de l'angle vertébral, était occupée par une tumeur volumineuse, arrondie, molle, où l'on distinguait le ballottement d'un corps, que l'on ne pouvait prendre que pour un fœtus. Le col de l'utérus était relevé si haut derrière la symphyse des pubis qu'il était presque inaccessible ; il avait la forme d'un petit entonnoir, où, malgré la longueur de son doigt, il ne put introduire que l'extrémité de la première phalange. A ces signes, il crut reconnaître très-distinctement la rétroversion de l'utérus. D'ailleurs, la suppression presque complète de l'urine et des selles le confirmèrent dans cette opinion. Mais différentes tentatives de réductions furent infructueuses.

Le cas étant grave et urgent, on appela les praticiens les plus renommés : Dupuytren, le prince des chirurgiens ; Lisfranc, son élève et son émule ; Antoine Dubois, le nestor des accoucheurs ; Maygrier, ancien professeur d'accouchements. Tous partagèrent l'avis de Capuron ; ils tentèrent en vain de réduire et finirent par proposer la ponction de l'utérus, qui fut exécutée par Maygrier, au moyen d'un trois-quarts recourbé. Il ne sortit par la canule qu'une matière peu liquide, d'un jaune-verdâtre, presque sans odeur. La réduction ne fut pas plus facile qu'avant l'opération. La malade fut dès lors abandonnée. Presque à l'agonie, elle fit encore appeler Capuron à cause d'un sentiment de pesanteur et de douleur qu'elle éprouvait au fondement : on reconnut alors que la tumeur intra-pelvienne avait changé de place, et que le fœtus qu'elle renfermait s'était créé une route insolite à travers le colon jusqu'à la portion du rectum qui répondait au vagin. Cet avorton sortit, et la mère ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva l'abdomen rempli de pus mêlé de flocons albumineux. A l'entrée du petit bassin était une tumeur d'un gris-

jaunâtre, de la grosseur de deux poings, et très-adhérente à la partie inférieure de la colonne rachidienne. En l'ouvrant, on aperçut la surface baignée et tapissée d'une matière semblable à celle qui était sortie par le trois-quarts, dont on reconnut la piqûre. A gauche existait une ouverture d'un pouce et demi de diamètre qui communiquait avec le colon et avait donné passage au fœtus. L'utérus, aplati, était derrière et en haut de la symphyse pubienne. Ces recherches nécroscopiques ne firent que confirmer l'existence d'une grossesse extra-utérine et pelvienne, que tout un congrès de médecins, de chirurgiens et d'accoucheurs avait méconnue et prise pour une rétroversion de l'utérus.

L'erreur était aussi très-difficile à éviter dans le cas suivant.

Observation L

La nommée R..., entre à l'hôpital Beaujon, service de M. Dolbeau. Femme bien constituée, ayant eu, il y a deux ans, une grossesse terminée à la fin du huitième mois par la naissance d'un enfant mort. Nouvelle grossesse en septembre 1873. Malaise habituel, quelques vomissements, syncopes fréquentes, douleurs peu intenses, continuelles, présentant des exacerbations dans les reins et le bas-ventre. Le ventre se développe peu à peu, mais d'une façon qui n'est pas en rapport avec la marche de la grossesse. De plus, sensation de pesanteur très-marquée dans le bassin, et dès les premiers temps de la grossesse, gêne très-grande pour aller à la selle. En février 1874 dysurie intense. Un médecin ordonne des diurétiques. Les troubles augmentant, la malade entre à l'hôpital le 30 mars. La malade n'a pas uriné depuis douze heures; cathétérisme difficile, donnant issue à une grande quantité d'urine trouble. La rétention persistant, on doit sonder deux fois par jour avec une sonde de gomme.

Par le palper on constate une tumeur présentant assez exactement les caractères d'un utérus gavide, mais restant à trois travers de doigt

1. Depaul, *De la grossesse extra-utérine péritonéale. Ann. Tocologie*, 1874.

au-dessous de l'ombilic. Au toucher, on sent le col porté très-haut, tout-à-fait en avant. Il est appliqué contre la symphyse, sur laquelle il comprime le col de la vessie qui semble aussi refoulée en haut. En arrière du col, tumeur considérable, arrondie, lisse, séparée du col par un sillon transversal profond, présentant exactement, par son volume et sa situation, les caractères d'une hématocèle rétro-utérine. M. Dolbeau sent nettement le fœtus remuer dans cette tumeur. A l'auscultation, on entend les bruits du cœur à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic. — Vers le 15 avril, on n'entend plus les bruits du cœur ; la femme ne sent plus remuer. A partir du 15 août, les phénomènes locaux persistant, on constate une altération de la face et un ensemble de phénomènes généraux qui semblent indiquer un trouble profond de l'économie, en particulier une exacerbation des douleurs, qui rend l'examen de plus en plus difficile. Cependant M. Charpentier put examiner deux fois la malade. Un premier examen lui fait constater, au moyen de l'auscultation, du palper, du toucher vaginal et rectal les phénomènes signalés plus haut. Le col est à peu près inaccessible ; il semble pourtant que l'on atteint une des lèvres du col ramolli, accolée à la paroi antérieure et latérale de la tumeur. Diagnostic : Rétroversion utérine.

Quinze jours après, nouvel examen. Mêmes phénomènes de dysurie et de rétention des matières fécales. Le toucher rectal donne les mêmes symptômes que lors du premier examen. Le toucher vaginal est difficile. La masse donne tout à fait la sensation de la présentation céphalique chez les primipares, et M. Charpentier n'hésite pas à déclarer qu'il sent la tête. En présence de ces accidents, la grossesse paraissant arrivée à 6 mois 1/2, 7 mois, M. Charpentier se pose le diagnostic suivant : Rétroversion utérine ou dilatation sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus ; l'enfant se trouvant placé de telle façon que sa tête repose dans le vagin, dans le cul-de-sac formé par la paroi postérieure de l'utérus dilaté, le tronc et les membres inférieurs se trouvant logés dans la partie antérieure de l'utérus, cette partie antérieure étant celle que l'on sentirait par le palper abdominal : le col se trouvant ainsi refoulé à droite et latéralement dans le sillon formé par la flexion de l'utérus qui se serait coudé sur lui-même.

24 heures après, la femme est prise d'accidents suraigus de péritonite et succombe en quelques heures. L'antopsie faite par M. Charpentier, permit de découvrir les traces d'une péritonite récente, et fit constater que la tumeur pelvienne était formée par un kyste fœtal extra-utérin remplissant toute l'excavation et dont le fond refoulait la paroi postérieure du vagin. L'utérus était fortement incliné de gauche à droite, le fond dirigé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, le col vers la cavité cotyloïde droite aplati dernière la symphyse pubienne. L'examen du kyste fœtal fut fait par M. Depaul et son chef de Clinique, le Dr Martel ; malgré son grand intérêt, la description en est trop longue pour être rapportée ici.

Nourse (*Transactions philosophiques*, 1730) Giffard (*Bibliothèque britannique*, t. VII. 1736) ont rapporté des cas analogues où l'erreur eût été facile si la marche rapide de la grossesse extra-utérine n'avait éclairé le diagnostic.

Dans le cas suivant, le diagnostic dut être réservé pendant quelques jours ; on hésitait entre une grossesse extra-utérine et une rétroversion de l'utérus gravide. La réduction spontanée de l'organe vint lever tous les doutes. Voici cette observation que je dois à l'obligeance de M. Benoît, interne des hôpitaux.

Observation LI.

Mme X... âgée de 36 ans, mère de deux enfants venus au monde dans des conditions normales, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe le 25 septembre 1877 (service de M. Péan), envoyée par un médecin de la ville comme atteinte d'une tumeur fibreuse. Cette femme se croit enceinte ; elle n'a pas eu ses règles depuis deux mois. Depuis plusieurs semaines, elle a été prise de douleurs assez vives dans le bas-ventre ; en même temps l'abdomen s'est développé considérablement et depuis huit jours la malade n'a pu aller à la selle ; elle accuse de l'incontinence d'urine. Si l'on découvre la malade, on

perçoit une odeur d'urine très-marquée ; la femme se sent continuellement mouillée. Sur la ligne médiane, on constate l'existence d'une tumeur ovoïde, symétrique et régulière remontant au-delà de l'ombilic et qui ne peut être que la matrice ou la vessie distendues. Le cathétérisme juge la question en faisant disparaître cette tumeur, après expulsion de quatre litres d'urine environ. Le toucher vaginal fait sentir un col mou et repoussé en avant, puis dans le cul-de-sac postérieur une vaste tumeur que de prime abord on ne croirait pas intra-utérine. Les parois de l'organe étant amincies, on y perçoit en effet des points durs et mous, si bien que l'on songerait plutôt à une hématocèle si les signes fonctionnels ne s'y opposaient pas.

Le toucher rectal donnait des renseignements encore plus nets sur la tumeur en permettant d'y reconnaître des parties fœtales. On hésite dès lors entre une grossesse extra-utérine et une rétroversion de l'utérus gravide. M. Marchand appelé en consultation éprouve les mêmes difficultés pour établir son diagnostic et ne peut se prononcer entre les deux hypothèses.

Les jours suivants, les signes sensibles restant les mêmes, les symptômes fonctionnels : constipation, incontinence d'urine... persistèrent. La malade fut sondée deux fois par jour, sans de trop grandes difficultés ; elle accusait seulement de la douleur dans le canal de l'urèthre et disait éprouver un sentiment de brûlure sur le passage de l'urine. Ces phénomènes étaient expliqués par l'existence d'une cystite qui, du reste, disparut peu à peu.

Au bout d'un mois, les troubles fonctionnels s'amendèrent et commencèrent à diminuer. Les signes physiques offrirent le même changement. La tumeur cessa d'être perceptible dans le cul-de-sac postérieur et remonta dans l'abdomen. Dès lors, le diagnostic ne fut plus douteux.

La réduction, opérée peu à peu spontanément, se confirma et devint bientôt complète. On put constater que la matrice avait repris sa position normale. La grossesse marcha régulièrement et la femme, que nous avons revue depuis, est accouchée au commencement d'avril sans aucun accident.

Dans le cas suivant la grossesse extra-utérine paraissait

encore plus probable et les signes sensibles, scrupuleusement perçus, induisirent en erreur d'éminents accoucheurs.

Observation LII (1).

La femme L..., 39 ans, couturière, affaiblie par les privations et la souffrance, mais sans apparence de rachitisme, a eu quatre couches à terme parfaitement naturelles et a fait, en février 1866, une fausse couche de six semaines environ. A la suite de cet accident, la marche et l'exercice produisaient de la fatigue. Les règles apparaissent pour la dernière fois vers la fin du mois de novembre 1866. Bientôt se manifeste l'ensemble des troubles symptomatiques de la grossesse. Le 1er mars 1867, sans cause appréciable, elle éprouve de la peine à uriner ; deux jours plus tard, à la suite d'une course un peu longue, elle est prise de rétention d'urine complète. Pendant trois semaines les douleurs s'accroissent.

Le 23 mars, elle entre à l'hôpital ; le ventre est développé par une tumeur volumineuse, régulière, dont le fond atteint l'épigastre ; c'est la vessie, d'où la sonde extrait plus d'un litre d'une urine ammoniacale et purulente. Le cathétérisme doit être répété les jours suivants.

Le 1er avril, la malade est examinée par M. Depaul qui constate ce qui suit : tumeur sous-ombilicale formée par la vessie enflammée et disparaissant par le cathétérisme. Derrière la vessie vide, on découvre à l'hypogastre un second corps de consistance ferme, médiane, dépassant la symphyse de sept à huit centimètres, large de trois travers de doigt, à sommet arrondi ; des parties latérales se détachent deux cordons durs, profonds qui se portent en divergeant vers les côtés du bassin. Cette seconde tumeur est peu mobile, et les déplacements qu'on lui imprime avec difficulté, se transmettent au col ultérin, que l'on sent encore assez ferme, dirigé en avant et appliqué contre la partie moyenne des pubis. Une autre tumeur volumineuse, rénitente, globuleuse, remplit presque entièrement l'excavation pelvienne, en repous-

1. Bailly, *Note sur un cas de rétroverlion utérine puerpérale. Annales de tocologie*, 1874.

sant en avant la paroi postérieure du vagin ; ses caractères se perçoivent mieux encore au moyen du toucher rectal : la tumeur pelvienne renferme évidemment un corps mobile que l'on fait balloter entre deux doigts introduits l'un dans le rectum, l'autre dans le vagin. L'auscultation révèle, au niveau de la fosse iliaque gauche, un bruit de souffle isochrone au pouls maternel. L'état général est très-notablement altéré ; la face est pâle et exprime la souffrance ; pas d'appétit, peu de sommeil et depuis hier de la diarrhée est survenue. Pouls régulier, mais faible, 108-118 pulsations.

Eu égard aux caractères des deux tumeurs abdominale et pelvienne qui semblent distinctes, et aux circonstances qui ont accompagné leur développement, M. Depaul croit pouvoir affirmer la grossesse, et tout en hésitant entre un déplacement de l'utérus gravide ou une grossesse extra-utérine, adopte la dernière hypothèse ; c'est aussi l'opinion de M. Tarnier. Le cathétérisme utérin pratiqué le 16 avril, la malade ayant été assoupie au chloroforme, semble confirmer le diagnostic. En effet, la sonde utérine est introduite sans difficulté et vient faire, à huit centimètres au-dessus de la symphyse pubienne, une saillie que la main et la vue constatent avec facilité. Le 19, la malade annonce qu'elle a uriné deux fois abondamment dans la nuit. En effet, la vessie est vide et l'abdomen est soulevé par une tumeur ayant la forme et le volume d'un utérus au quatrième mois. La véritable nature des accidents apparaît alors dans tout son jour. La double tumeur abdominale et pelvienne était formée par l'utérus gravide en rétroversion qui a repris sa position normale. Cette réduction s'est effectuée spontanément, insensiblement, la malade n'en ayant été avertie par aucune sensation spéciale. Le 21, l'état général étant toujours mauvais, l'utérus se débarrasse d'un fœtus de cinq mois environ, du sexe masculin, dont la mort paraît remonter à quelques heures seulement. Épuisée par de longues souffrances, la malade s'éteint le lendemain à six heures du soir. A l'autopsie, on trouve dans le péritoine, la plèvre droite et le péricarde, un épanchement de sérosité citrine, limpide. L'utérus dépasse de 2 à 3 centimètres le plan du détroit supérieur. Rien d'anormal dans la forme, le volume et la couleur de l'organe. La

membrane muqueuse de la vessie, ainsi que celle des autres portions des voies urinaires, est épaissie et fortement injectée ; elle présente par places une vive rougeur disposée en plaques d'une étendue variable. Point très-intéressant et qu'on ne pouvait soupçonner, vu les accouchements antérieurs spontanés et l'absence de rachitisme, le bassin était notablement rétréci par la projection du promontoire : le diamètre sacro-pubien ne mesurait que neuf centimètres au détroit supérieur, tandis que l'excavation était plutôt élargie et avait 123 millimètres d'avant en arrière.

Ces exemples montrent suffisamment combien dans certains cas, l'erreur est facile ; souvent la distinction entre la grossesse extra-utérine et la rétroversion de l'utérus gravide a été impossible à établir, bien qu'on ait suivi le conseil de Boivin et Dugès : « C'est bien le cas, disent-ils, d'insinuer un stylet dans l'utérus pour s'assurer de sa vacuité, exploration ordinairement impraticable dans la rétroversion. » C'est en se conformant à ce précepte que M. Depaul a été induit en erreur, ainsi que ses habiles consultants.

J'ai déjà eu occasion de dire que dans ces cas on avait eu probablement affaire non à une véritable rétroversion, c'est-à-dire à un déplacement de l'organe en totalité, mais à un changement dans la forme de l'utérus, le segment postéro-inférieur s'étant demesurément développé par rapport à la partie antérieure et remplissant l'excavation.

Quoi qu'il en soit, dans un cas semblable, il ne faut pas assumer seul la responsabilité du diagnostic et du traitement ; on doit réclamer le concours de confrères zélés et compétents.

CHAPITRE VI

CAUSES DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur les causes de la rétroversion utérine pendant la gestation. Prenant pour point de départ la disposition anatomique de l'utérus et de ses annexes, et les modifications imposées à la matrice durant les premier temps de la grossesse, ils ajoutent certaines autres causes occasionnelles que nous allons passer en revue.

On a signalé l'influence des causes mécaniques : la rétention d'urine, l'accumulation des fèces, la pression des viscères abdominaux, les adhérences entre la matrice et le rectum, les tumeurs de l'utérus, de l'ovaire, du sacrum, l'insertion du placenta sur le fond de la matrice.

Plusieurs insistent sur l'importance des conditions anatomiques, physiologiques ou pathologiques de la femme ; nous avons donc à rechercher aussi l'influence des dimensions du bassin, de la multiparité, de l'âge, de la profession, des conditions générales de santé, des affections utérines antérieures.

Changements physiologiques des premiers temps de la grossesse. — J'ai déjà signalé suffisamment la facilité des déplacements utérins par suite de l'extensibilité des ligaments. Or, au commencement de la grossesse, le tissu de la matrice est ramolli, et tous les moyens d'attache subissent

le même relâchement ; les replis du péritoine se déplissent, s'hypertrophient et donnent ainsi plus de mobilité encore au viscère en gestation ; le canal vaginal devient plus ample et plus flasque. L'utérus plus lourd et moins soutenu subit dans les premiers temps un léger mouvement de descente ; en même temps il se redresse et « ne reste pas dans l'axe du détroit supérieur, mais est un peu incliné, de telle sorte que son diamètre longitudinal forme, avec cet axe, un angle très-aigu, le col se portant un peu en avant et le fond en arrière de cette ligne fictive » (Depaul).

Ce mouvement de bascule du fond en arrière est surtout acilité par le mode de développement de l'organe gestateur : en effet, c'est le fond et la paroi postérieure qui s'accroissent tout d'abord ; ces parties deviennent plus épaisses, plus lourdes, plus arrondies et s'adaptent mieux à la concavité sacrée. « On comprend que dans les premiers mois de la gestation, le corps de l'utérus se développant et la moitié postérieure de l'organe étant plus grosse que sa moitié antérieure, on comprend, dis-je, que le développement étant égal dans le viscère tout entier, la moitié postérieure s'incline par son propre poids outre les pressions d'avant en arrière qu'exerce la vessie distendue par l'urine plusieurs fois par jour, pressions augmentées par l'action des muscles dont nous connaissons les effets (1). »

De plus, l'insertion des ligaments du corps se faisant plus en bas et plus en avant permet plus de jeu aux parties supéro-postérieures de l'organe. Cazeaux insistait particulièrement sur cette disposition anatomique qui peut être quelquefois très-exagérée au point que Cazeaux, Hélot et

1. Leçons orales de Velpeau, recueillies par Pajot, *Gaz. des Hôp.*, 1845.

M. Bonamy, le savant professeur d'anatomie de l'École de Toulouse, ont vu, chez une femme morte au septième mois de la grossesse, les ligaments ronds s'insérer tellement en avant « que les 4/5 au moins du diamètre antéro-postérieur étaient en arrière de la ligne transversale qu'on aurait fait passer par leur point d'insertion. »

Après des gestations multipliées, d'après Négrier, il survient dans l'utérus des modifications, qui s'exagèrent encore sous l'influence d'une nouvelle grossesse. Se fondant sur l'examen de 150 utérus, voici ce qu'aurait trouvé cet accoucheur :

1° Chez des femmes multipares ayant les organes sexuels parfaitement normaux, le relief que fait le fond de l'utérus au-dessus du niveau de la cloison pelvienne que forment les ligaments larges, serait en moyenne de 12 à 13 millimètres ;

2° Dans cinq cas, bien que tous les organes génitaux offrissent les apparences d'une bonne organisation, et que les individus eussent succombé à des altérations étrangères à ces organes, la saillie de l'utérus était beaucoup plus marquée et presque doublée ;

3° L'épaisseur des parois de la matrice d'avant en arrière serait de 3 à 4 centimètres, c'est-à-dire d'un quart plus étendue que chez la fille pubère multipare, et il ajoute : cette disposition anatomique « doit singulièrement disposer à la rétroversion utérine, car elle rend bien plus facile le renversement de l'organe dans la courbure du sacrum. »

On comprend enfin que l'augmentation de volume, par le fait seul de la grossesse, doit exercer la plus grande

influence sur la production de la rétroversion et on peut prévoir aisément le moment de la grossesse où l'accident sera le plus fréquent et le plus facile à produire.

En effet, la rétroversion est un accident de la première moitié de la grossesse.

Dans la très-grande majorité des cas, de l'avis de presque tous les accoucheurs, c'est entre trois et quatre mois qu'elle se manifeste.

« Avant le deuxième mois, disent Désormeaux et Paul Dubois, l'utérus n'est pas assez volumineux pour obéir aux causes qui pourraient le renverser. Après le quatrième mois, le diamètre longitudinal devient plus long que le diamètre antéro-postérieur de l'excavation, et l'utérus ne peut plus se loger dans cette cavité. »

L'opinion de ces auteurs me paraît exclusive en ce qui concerne la limite supérieure qu'ils assignent à l'établissement de la rétroversion.

Pourquoi supposer que la rétroversion, atteignant maintes fois l'utérus en état de vacuité, va respecter la matrice pendant les deux premiers mois de la grossesse? L'utérus est-il donc alors moins volumineux qu'à l'état de vacuité ?

La vérité, c'est que la rétroversion de l'utérus gravide ne se traduit pas dans les premiers temps de la gestation par des désordres bien considérables et passe souvent inaperçue ; le volume de l'utérus n'est pas suffisant pour comprimer outre mesure les organes voisins et produire ces accidents de voisinage, plus sensibles à une époque ultérieure, qui éveillent d'abord l'attention de la malade et du médecin.

Quelques accoucheurs cependant ont pu relater l'histoire de rétroversions utérines produites avant le deuxième mois de la grossesse. Dans un cas de Craninx, les troubles commencèrent à se produire au bout des six semaines. La réduction tentée plusieurs fois le troisième mois fut impossible à obtenir. Craninx se résolut à ponctionner la matrice, opération qui fut suivie de la mort de la patiente.

La rétroversion s'était faite à six semaines dans un cas de Martin (de Lyon).

Observation LIII

La femme Duvivier, âgée de 26 ans, élève sage-femme, était enceinte de six semaines, lorsqu'en soulevant une fille en travail d'accouchement, elle éprouva, dans le bassin, une douleur, suivie d'une perte utérine, qui dura huit jours ; alors, la douleur devint plus forte et les urines coulèrent avec difficulté, sans que les selles fussent supprimées. La matrice, une fois plus volumineuse qu'à l'état de vacuité, était placée de champ à la partie supérieure de l'excavation du petit bassin ; son fond, répondant au sacrum, était dirigé un peu à droite ; son orifice, placé très-haut derrière le pubis, était incliné à gauche ; le museau de tanche était boursoufflé et assez ouvert pour admettre l'extrémité du doigt, ce qui fut pour moi l'indice d'un avortement prochain. Comme la matrice ne me parut pas fortement retenue et le cours des urines n'était pas intercepté, j'essayai de remédier au déplacement par la seule position : on plaça sous les fesses un coussin qui les tint très-élevées, tandis que les reins étaient dans une position fort déclive ; l'utérus, ainsi soustrait à la pression des organes abdominaux, fut entraîné par son propre poids et,

au bout de vingt-quatre heures, la retroversion se trouva réduite. L'hémorrhagie continua et l'avortement se fit quinze jours après.

Dans un cas observé par M. Gosselin, la femme « se présumait enceinte de deux mois » ainsi que les malades de Guichard, Matteï, Gougis, Bell, et deux des malades de Viricel et d'Amussat. La rétroversion a été observée quelquefois entre deux mois et demi et trois mois, mais, le plus ordinairement entre trois ou quatre mois.

On comprend facilement les raisons de ce fait en se rappelant les dimensions du bassin et de l'utérus pendant les premiers mois de la gestation. Les diamètres de l'excavation sont de 12 centimètres ; au détroit supérieur le sacro-pubien a 11 centimètres, les obliques 12, le transversal 13 1/2. A trois mois de grossesse, le diamètre longitudinal de l'utérus mesure 10 à 11 centimètres ; 15 à 16 centimètres à quatre mois.

En considérant d'autre part que la rétroversion utérine se manifeste plutôt par des accidents de voisinage, on s'explique aisément que le déplacement des deux premiers mois passe généralement inaperçu et ne soit reconnu que lorsque la matrice développée vient à comprimer les organes voisins, ses dimensions étant supérieures à celles de la cavité qui doit la contenir.

L'analyse des faits prouve donc que les accidents de la rétroversion éclatent généralement entre trois ou quatre mois ; mais, dans plusieurs cas, rien ne prouve que le déplacement n'ait pu être produit avant le deuxième mois.

Presque tous les accoucheurs, d'accord avec Désormeaux et Paul Dubois, professent que la rétroversion ne peut pas se produire après le quatrième mois.

On trouve cependant quelques cas, fort rares d'ailleurs, dans lesquels la rétroversion aurait été observée après le quatrième mois.

La malade de Smellie était « au cinquième mois » ; elle succomba. Celle d'Evrat était enceinte de « cinq mois environ », et accoucha de deux jumeaux.

Dans un cas observé par M. Godefroy, la femme « se disait enceinte de quatre mois et demi » ; de même, une malade de Martin (de Tonneins). Une observation de M. Gallard concerne une femme dont la grossesse remontait à quatre mois et demi ; chez cette malade, affectée très-probablement d'une rétroversion antérieure à la grossesse, ayant amené une fausse couche à trois mois et demi, les accidents avaient éclaté à quatre mois et six jours, en comptant du jour de l'accouchement.

Remarquons d'abord que la plupart de ces accoucheurs n'ont pas observé le début des accidents ; ils ont d'ailleurs noté l'époque à laquelle était parvenue la grossesse, au moment où ils ont été appelés, reproduisant presque toujours les dires de la femme, qui ne manque jamais de compter la grossesse comme s'étant produite à la fin des dernières règles. Ainsi s'expliquent quelques-unes de ces rétroversions survenues après le quatrième mois, dont on ne peut admettre que difficilement la possibilité, lorsqu'on réfléchit que le diamètre longitudinal de l'utérus, mesurant 15 à 16 centimètres devrait s'engager suivant le diamètre sacro-pubien mesurant 11 centimètres. On avait probablement affaire, dans ces cas, non à un déplacement total de l'utérus basculant sur son axe transversal, mais à un changement de forme ; j'en ai déjà parlé, j'aurai occa-

sion d'y revenir. On comprend cependant d'après la remarque de Burns que « si le bassin est large et que l'œuf ne soit pas trop distendu par du liquide, elle puisse se présenter dans le cinquième mois. »

C'est aussi l'opinion de M. Jacquemier. « Quelquefois, dit-il, elle a lieu pendant le cinquième et le sixième mois, et les différences d'amplitude du bassin, le volume de l'œuf, son arrêt de développement par la mort du fœtus en font d'ailleurs concevoir la possibilité à une époque aussi avancée de la gestation. » Il existe même des observations bien plus extraordinaires, dans lesquelles le déplacement aurait existé au moment même du travail. Nous en rapporterons quelques exemples et verrons plus loin quelle explication différente comportent ces rétroversions tardives, dont je trouve des exemples rapportés par S. H. Jackson (*Cautions to women respecting the state of Pregrancy...* 1798), par Merriman (*A synopsis of the various kinds of difficult parturition...* 1820). William Bartlett (*Bibliothèque médicale* t. LXXVI) cite l'histoire d'une femme affectée des accidents de la rétroversion au septième mois de la grossesse. La tumeur fut réduite au moyen de la main introduite dans le vagin ; le déplacement ayant récidivé quelques jours après, on y remédia facilement et l'accouchement eut lieu à terme.

Des faits analogues sont rapportés par Velpeau (1), de Billi (2), Walker Franke (3), Oldham (4), Hecker (5).

1. Velpeau, *Traité de l'art des accouchements*, 1835.
2. De Billi, *Cas de rétroversion singulière de l'utérus in Gaz. méd. de Milan*, 1845, et *Journal de chirurgie*, 1845.
3. Walker Franke. *Un cas de dilatation sacciforme du segment inférieur postérieur de la matrice.... Monats für Geburts.* 1853, traduite dans *l'Union méd.* de 1864, par le Dr Lauth.
4. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, 1860.
5. Hecker, *Monats f. Geburts*, 1858.

M. Hyernaux (1) a fait une communication à l'Académie Royale de Belgique sur un cas de « latéro-flexion du col prise pour une imperforation de l'utérus. » Mentionnons enfin le fait suivant de M. Barnes.

Observation LIV

Le 20 avril 1873, je fus appelé en consultation par les docteurs Elliot et Brinton chez une dame qui était en travail depuis quelques heures. Une première grossesse s'était terminée par un avortement.

Une semaine avant l'accouchement actuel, elle se plaignit de maux de tête, la face et les jambes s'enflèrent, et l'on constata de l'albumine et des globules sanguins dans l'urine. MM. Elliot et Brinton ne pouvant trouver l'orifice utérin, me firent chercher. Ils croyaient à une oblitération. Un examen attentif révéla un seul cœur fœtal. Craignant un accès d'éclampsie, nous commençâmes par la chloroformisation. Je constatai alors que la paroi postérieure du vagin était fortement comprimée contre la paroi antérieure par une masse ferme et arrondie qui occupait la concavité du sacrum. Suivant la direction du vagin, je sentis le col de la matrice, mou, entr'ouvert au-dessus de la symphyse du pubis. Le doigt dans l'orifice utérin, je pus avec difficulté sentir une masse dure, arrondie, recouverte de membranes que je crus être la tête du fœtus. Cette tête se trouvait tellement rapprochée de la masse décrite dans la cavité du sacrum que je pensais avoir affaire à deux têtes entreclavées.

L'abdomen était de forme irrégulière, élargi transversalement, de sorte qu'on était porté à croire à une gestation double; il était facile d'imaginer que la tête d'un fœtus était dans le bassin, tandis que la tête de l'autre était dans l'abdomen au-dessous de la symphyse. J'essayai d'abord de repousser la masse pelvienne dans l'abdomen afin de saisir la tête qui se trouvait au-dessus du bassin : à mesure que cette masse remontait, le col de la matrice descendit vers le centre du bassin.

1. *Bulletin de l'Académie Royale de Belgique*, t. IX, 3e série, 1874.

Alors je pratiquai la dilatation du col à l'aide de mes dilatateurs hydrostatiques au point de pouvoir placer le forceps.

Ainsi l'accouchement fut terminé; l'enfant était petit, mais bien développé et vif. La mère se rétablit parfaitement.

Faut-il voir dans les faits que nous venons de citer, des exemples de véritables rétroversions de l'utérus gravide? Non. Il s'agit là d'un changement dans la forme et non dans la situation de l'utérus, ainsi que l'a établi M. Depaul (1), discutant les observations déjà parues, auxquelles il a joint deux observations personnelles, le savant professeur a montré que ces faits doivent être rapportés à un développement exagéré de la région postérieure de l'utérus.

Observation LV

Madame X..., âgée de 24 ans, était d'une bonne constitution et n'avait aucun vice de conformation du bassin. Elle était accouchée très-naturellement cinq ans avant de son premier enfant. En 1853, elle avait fait une fausse couche de deux ou trois mois.

Redevenue enceinte, probablement vers la fin de 1856, cette troisième grossesse n'offrit rien de particulier jusqu'au 25 juin 1857, où elle ressentit quelques douleurs utérines assez vives et assez rapprochées. Ces douleurs se calmèrent presque aussitôt, et ce ne fut qu'environ un mois après (le 28 juillet), que le véritable travail parut se déclarer. Il s'annonça par quelques douleurs et l'écoulement d'une certaine quantité de sang. La marche en fut irrégulière; les contractions utérines paraissaient pendant quelque temps, puis se supprimaient pendant des intervalles plus ou moins longs. Cependant, le 7,

1. *Bulletin de l'Académie*, p. 1229 et suivantes, sept. 1865, et *Annales de Tocologie*, 1876. *Étude sur une forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse.*

on remarqua qu'il s'écoulait de l'eau teinte de méconium. Les mouvements de l'enfant étaient moins sentis.

Le 8, Mme X... éprouva une fièvre intense qui dura plus de vingt-quatre heures. Dans la nuit du 8 au 9, elle fut placée dans un bain et on lui administra des douches vaginales. Je n'ai pas besoin de dire qu'elle était entourée de soins éclairés. M. Parise, d'abord appelé, s'était adjoint les docteurs Bailli et Delage.

Quant à moi, c'est dans la journée du 9 que je fus demandé à Lille, et j'y arrivai le 10, vers une heure du matin. Il y avait donc plus de *quatorze jours* que le travail était commencé.

Après m'être mis au courant de tout ce qui s'était passé depuis le 28 juillet, voici ce que je constatai : quoique les contractions utérines eussent éprouvé de nombreuses interruptions pendant la longue période qui venait de s'écouler, elles avaient déjà, par leur durée insolite et sans résultat, produit des troubles notables dans l'état général. La peau était chaude, le pouls fréquent, le visage profondément altéré, et la malade se disait très-fatiguée. L'enfant était mort depuis longtemps et déjà en voie de décomposition, ainsi que le témoignait une odeur fétide qui s'échappait des voies génitales. L'utérus, un peu sensible à la pression, n'avait pas un volume considérable et n'était pas distendu par des gaz. Il n'offrait aucune inclinaison appréciable. Après cette première investigation générale, je pratiquai le toucher vaginal. Le doigt rencontra une tumeur assez volumineuse remplissant en partie l'excavation et surtout sa partie postérieure.. Son grand diamètre était dirigé de haut en bas, et son extrémité inférieure n'était pas très-éloignée de l'entrée du vagin. Elle était un peu inégale et d'une consistance qui rappelait celle d'un corps fibreux ; je cherchai vainement une ouverture sur cette tumeur. Mais bientôt mon doigt s'étant porté en avant et bien au-dessus de son extrémité inférieure, il rencontra le col très-élevé et complétement situé derrière la symphyse pubienne. Il se présentait sous la forme d'une fente transversale, légèrement courbée et dont la concavité regardait en arrière. Mais cette fente était si élevée qu'il me fut impossible de la traverser. Toutefois il me fut permis de constater les dispositions suivantes :

Le col ne s'était pas effacé, ses deux lèvres formaient encore saillie, et sa cavité ne s'était pas confondue avec celle du corps. Toutes les deux étaient souples et molles; la postérieure un peu plus longue et semblant se détacher de la partie antérieure et supérieure de la tumeur.

Le doigt introduit entre ces deux lèvres reconnaissait que la face interne de l'antérieure offrait une concavité regardant en arrière. Quant à la postérieure, elle se renflait à son extrémité supérieure et présentait là au niveau de l'orifice interne un renflement transversal, arrondi et un peu convexe en avant; il me parut gros comme le doigt, à peu près ; sa dureté et sa tension étaient excessives, on aurait dit d'un tendon rétracté. Je fis quelques efforts pour aller au-devant de cet obstacle, mais ils furent inutiles. La patiente était d'ailleurs tellement fatiguée que je crus prudent de suspendre, reconnaissant bien qu'il faudrait un examen plus complet pour arriver à un diagnostic que je ne tenais pas encore........ Le plus sage était donc pour moi d'attendre avant de formuler une opinion définitive, et j'avoue, sans aucune honte, que ce n'est pas la première fois qu'il m'est arrivé de ne pas mettre du premier coup le doigt sur la difficulté. J'ai appris à la bonne école qu'avant de se prononcer, il fallait avoir recueilli des données positives.....

La malade s'étant reposée, mit une condition à la seconde investigation que je lui proposai de faire ; elle voulait être endormie. J'acceptai, d'autant plus volontiers cette proposition que j'avais eu l'intention de la lui faire, espérant trouver dans le sommeil anesthésique plus de facilité dans mes recherches.

L'insensibilité fut facilement obtenue. J'introduisis alors l'indicateur et le médius de la main gauche dans le vagin, et les dirigeant derrière la symphyse pubienne vers le point où je savais que le col était, je pénétrai dans la fente en forme de croissant dont j'ai parlé, et tournant ma main en pronation, j'appliquai la pulpe de mes doigts en arrière contre cette corde tendue et transversalement dirigée que j'ai déjà indiquée. Je fis alors de nombreux efforts pour aller plus loin et je parvins à la contourner: mes doigts recourbés en crochet se mirent à cheval sur elle et je compris que j'étais là sur la moitié posté-

rieure de l'orifice interne dont les fibres transversales étaient hypertrophiées. Je reconnus en outre que la cavité utérine anormalement développée en arrière, offrait là une sorte d'infundibulum qui descendait bien au-dessous du col et dans lequel se trouvait engagée une portion de l'extrémité pelvienne.

L'indication à remplir me parut toute tracée : débrider cette corde qui était évidemment l'obstacle s'opposant à la dilatation de l'orifice supérieur. Aussi, laissant mes doigts dans la position que je viens d'indiquer et que j'avais eu tant de peine à leur donner, je priai M. Parise de me passer un long bistouri boutonné, en forme de faux, et tranchant dans sa partie concave. Je le conduisis le long de mes doigts sur la corde en question et je fis à droite et à gauche deux petits débridements de quelques millimètres, mais qui n'allèrent certainement pas à un centimètre.

Je sentis aussitôt le col s'entrouvrir et je pus sans peine glisser les autres doigts, aller avec ma main saisir l'extrémité pelvienne qui correspondait à cette espèce de cul-de-sac, et extraire avec la plus grande facilité un enfant très-volumineux, déjà en voie de putréfaction. La délivrance et les suites de couches n'offrirent rien de particulier. Mme X..., ne tarda pas à se rétablir. Dans un voyage qu'elle fit à Paris plusieurs mois après, elle vint me voir, et je pus m'assurer que sa santé était parfaite.

Observation LVI

Dans le même travail, M. Depaul rapporte l'histoire d'une femme atteinte à sept mois et demi de grossesse, de développement sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus. Tous les signes perçus se rapportaient à une oblitération du col. Le diagnostic fut confirmé par le toucher et la vue. Le col était absolument impossible à atteindre, le vagin sec. « A peu près sur la partie centrale de la tumeur formée par l'utérus, existait une petite saillie transversale qui semblait indiquer un rudiment de lèvre postérieure, et en avant, à peu près dans la même direction, une dépression peu profonde qui pouvait très-bien être rapportée au point de jonction des deux lèvres du col, car cette

disposition, je l'ai presque toujours rencontrée dans les véritables oblitérations du col qu'il m'a été donné d'observer chez une femme enceinte. Le spéculum fut introduit et nous permit de voir la saillie et la dépression dont il vient d'être question. » L'hystérotomie vaginale semblait parfaitement indiquée ; elle fut, en effet, pratiquée, et l'enfant extrait par l'ouverture utérine, moins la tête, le cou s'étant rompu brusquement, sans que rien eût permis de prévoir cet accident. La femme succomba dans le courant de la nuit.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Le cadavre était déjà envahi par une décomposition assez avancée. Vu en place, l'utérus est sans forme déterminée, affaissé sur lui-même, et offre encore un volume assez considérable, surtout quand on songe qu'il s'agissait d'une grossesse de sept mois et demi, et que l'œuf tout entier avait été extrait (moins la tête fœtale). Après avoir essayé de lui donner un corps en remplissant à peu près toute sa cavité, on constate qu'il est de forme ovalaire, à grosse extrémité tournée en haut, un peu moins arrondie dans sa partie antérieure que dans la région postérieure. Grand diamètre vertical : 23 centimètres ; diamètre transverse, à la partie moyenne, 20 centimètres.

La part pour laquelle la paroi antérieure a concouru au développement total est minime par rapport à ce qui revient à la paroi postérieure. La distance du fond au col, en suivant la paroi antérieure, est de 21 centimètres ; elle ne mesure pas moins de 46 centimètres, en suivant la paroi postérieure.

Les faits analogues sont rares. J'en rapporte un nouvel exemple, dont je dois la communication à l'obligeance de MM. Lucas-Championnière et Georges Siredey.

Observation LVII.

Mme X..., âgée de 20 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, a toujours été réglée régulièrement, sans douleurs. Les règles se sont

supprimées à partir du mois de mars 1877 et n'ont pas reparu les mois suivants. En même temps survinrent tous les signes d'une grossesse. Mais dès les premiers mois, il y eut une constipation d'abord peu prononcée et qui augmenta pendant les mois suivants. Vers le cinquième mois de la grossesse, la malade commença à ressentir des douleurs vagues dans le bas-ventre, en outre de la difficulté dans la marche. Peu de difficultés à uriner. Tous ces phénomènes augmentèrent au point que, à la fin du sixième mois, elle était obligée de rester presque constamment dans un fauteuil.

M. Georges Siredey vit la malade pour la première fois le 15 septembre. Le ventre n'était pas douloureux à la palpation. L'utérus ne remontait guère plus haut que l'ombilic et semblait peu saillant.

Au toucher vaginal, le doigt était arrêté par une masse dure, lisse, arrondie, dès qu'il avait pénétré à trois centimètres de la vulve. Cette masse dure n'était séparée du doigt que par une épaisseur de tissus peu considérable, et qui permettait de reconnaître la tête fœtale. On ne trouvait plus ni cul-de-sac postérieur ni culs-de-sac latéraux ; le doigt était arrêté par la tête du fœtus dès que les deux dernières phalanges avaient pénétré dans le vagin. Mais, en avant, l'index pouvait pénétrer profondément : on était obligé de ramener le doigt immédiatement derrière les pubis, et aussi loin que le doigt pénétrait, il était impossible d'atteindre le col de l'utérus.

Quelques jours après ce premier examen, M. Georges Siredey fut rappelé auprès de la malade : depuis plusieurs jours, les douleurs avaient augmenté de fréquence et de durée. Elles étaient franchement intermittentes et revenaient toutes les cinq ou dix minutes; dans leur intervalle, la malade souffrait à peine. Le toucher ne révélait rien de particulier : le col ne pouvait être atteint.

Les contractions utérines augmentèrent vite d'intensité ; mais pendant quarante-huit heures, on ne put savoir où en était le travail, par suite de l'impossibilité d'atteindre le col.

M. Georges Siredey, soupçonnant une rétroversion, malgré l'avis d'un confrère qui croyait à une grossesse extra-utérine, fit appeler en consultation M. Lucas-Championnière.

L'observation de M. Siredey est complétée par une note de M. Lucas-Championnière que je tiens à remercier de nouveau de son obligeance et de ses bienveillants conseils.

Appelé par M. Siredey auprès de cette femme, je la vis à 7 h. 1/2 du matin et je fus d'abord frappé du peu de développement du ventre, dont l'augmentation de volume n'était pas en rapport avec une grossesse aussi avancée. En déprimant la paroi abdominale, je crus sentir le col de l'utérus placé derrière le pubis. Au toucher, je trouvai l'excavation remplie par l'utérus et la tête abaissée très-accessible à travers le segment inférieur de l'utérus.

On arrivait dans le cul-de-sac postérieur, à la limite du vagin; mais, en avant, le doigt pénétrait dans un cul-de-sac profond sans arriver à distinguer le col de l'utérus.

Soupçonnant une rétroversion utérine, ou du moins une disposition de la matrice telle que le col fût peu accessible derrière la symphyse, je fis mettre la femme à genoux, et dans cette position, le toucher permit de reconnaître le col encore de longueur, mais perméable. Malgré des douleurs aussi prolongées, il n'était pas dilaté. Je cherchai, mais sans grand succès, à repousser avec le doigt la partie postérieure de l'utérus.

Je conseillai de placer la femme à genoux dans son lit, la tête basse et appuyée sur le traversin entre ses coudes, en même temps de calmer l'excès de ses douleurs par des inhalations de chloroforme.

A partir de ce moment, les contractions furent assez régulières, les souffrances étant moins vives, et lorsque je revins, vers une heure et demie, je trouvai les choses très-modifiées. L'orifice était beaucoup plus accessible; il était mou, incomplétement dilaté, mais bien dilatable. Une main était procidente. Je pensai qu'on pourrait terminer l'accouchement, et, la femme étant toujours dans la position indiquée je saisis les deux pieds; en peu d'instants l'accouchement était terminé par l'extraction d'un enfant mort, âgé de sept mois et demi environ et dont la mort paraissait remonter à quarante-huit heures.

Je crois me souvenir qu'il s'agissait d'une position occipito-iliaque

droite postérieure. Aucun accident ne survint chez l'accouchée, et au bout de quinze jours, elle commençait à se lever.

L'autopsie pratiquée par M. Depaul (obs. LVI) aide à comprendre le mécanisme de cet accident et en facilite singulièrement l'explication.

La preuve anatomique était faite et montre que c'est bien dans l'accroissement inégal des différentes régions de l'utérus qu'on doit chercher l'explication de cet accident singulier, qui ne peut être considéré comme une véritable rétroversion.

Dans ces cas, on constate souvent une antéversion antérieure à la grossesse, amenant un raccourcissement de la paroi antérieure, une augmentation de densité de son tissu. Que pourra-t-il advenir alors? La paroi postérieure qui est presque à l'état normal se développera, s'hypertrophiera dans une proportion bien différente à celle qui pourra se produire dans la paroi antérieure, d'une part parce que celle-ci est moins étendue, et en second lieu, parce que par la nature de son tissu, elle ne peut pas répondre avec la même activité à l'impulsion vitale imprimée par la fécondation. Cette disproportion antérieure à la grossesse persistera, s'accentuera même : la paroi postérieure s'enfoncera de plus en plus dans l'excavation pelvienne; l'antérieure se relèvera en proportion et c'est ainsi que le col viendra se placer contre le bord supérieur de la symphyse pubienne et même à plusieurs travers de doigts au-dessus.

En dehors de tout changement de forme, le tissu musculaire peut être demeuré altéré dans sa structure. Il peut être plus ferme, moins extensible et subir moins complète-

ment les modifications qui ont leur point de départ dans la grossesse.

Signalons encore la présence de fibromes et des interstitiels en particulier, l'existence de fausses membranes, résultat d'anciennes inflammations allant de la partie supérieure à la région inférieure et bridant plus ou moins la paroi correspondante.

Mende le premier en 1825, puis Kiwisch en 1851, admettent deux espèces de rétroversion, l'une vraie, ne se produisant pas après le quatrième mois, l'autre n'étant qu'une « dilatation sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus avec laquelle cet organe s'abaisse entre le rectum et le vagin, sans que la position ou situation du reste de la matrice paraisse au premier abord sensiblement modifiée. »

C'est aussi l'opinion de Scanzoni.

Le Dr W. Franke repousse la dénomination de *rétroversion partielle*, en tant que ce mot fait supposer un changement de situation de l'utérus tandis qu'il y a là seulement une modification de forme et non de position d'une partie de la matrice ; il donne à cet accident le nom de dilatation sacciforme, déjà indiqué par Wigand, qui l'avait appliqué à une de ses quatre espèces d'obliquité postérieure.

Quelques auteurs (Burns, Matteï, Barnes, Schroder, font de cet accident une espèce de rétroversion dans laquelle la paroi antérieure, devenue supérieure se développerait seule, tandis que le fond de l'utérus resterait enclavé dans le petit bassin. Le *situs obliquus posterior uteri gravidi* ne serait donc qu'un des modes de terminaison de la rétroversion et constituerait véritablement une *rétroversion par-*

tielle. Cazeaux se rattachant à l'opinion de Deventer, admet l'obliquité utérine postérieure dans les derniers mois de la grossesse ; il attribue cette déviation à une résistance trop grande des parois abdominales, supérieure à la force de développement d'expansion de l'organe gestateur.

En résumé la rétroversion est un accident de la première moitié de la gestation et les accidents se manifestent généralement entre le troisième et le quatrième mois. Sur 142 cas, non compris ceux où l'on a constaté que le déplacement était antérieur à la grossesse, la rétroversion ou les symptômes d'enclavement se sont manifestés :

Avant 3 mois dans.	30 cas.
à 3.	50
à 3 1/2.	22
au 4e	40

L'affection appelée *situs obliquus posterior uteri gravidi* n'existe pas ; c'est une rétroversion partielle, apparente ou fausse, consistant non en un changement de direction, mais de forme et due à la dilatation sacciforme du segment inféro-postérieur de l'utérus, dilatation qui peut se produire et s'observer à toutes les époques de la grossesse.

Rétention d'urine. — On sait que l'utérus est uni au bas-fond de la vessie par un tissu cellulaire dense et serré, dans une étendue de 14 à 15 millimètres, depuis l'insertion du vagin sur le col, jusqu'au point où le péritoine se réfléchit de la vessie sur la matrice en constituant le cul-de-sac utéro-vésical. « C'est en conséquence par la portion sus-vaginale du col que l'utérus est uni à la vessie et par la portion

la plus inférieure de la paroi postérieure que la vessie est unie à l'utérus » (P. Dubois).

D'après Virchow, cette adhérence intime serait même le principal moyen de suspension de l'organe gestateur.

Quoi qu'il en soit, il résulte de cette disposition anatomique que la vessie ne peut guère se déplacer sans entraîner la matrice. Or, en se développant, la vessie remonte dans la cavité abdominale et entraîne en haut le col utérin ; en même temps, elle presse d'avant en arrière et de haut en bas sur le segment antéro-supérieur de l'utérus et tend à faire basculer le fond de la matrice en arrière.

Il est incontestable qu'un des symptômes les plus constants de la rétroversion pendant la grossesse est la rétention d'urine, avec une distension parfois très-considérable de la vessie. Souvent la rétention d'urine appelle seule l'attention de la malade et même du médecin qui s'attarde aux diurétiques et méconnaît le déplacement.

Observation LVIII.

La femme A..., âgée de 32 ans, pluripare, bien portante, enceinte de trois mois, se livrait aux travaux de son ménage, lorsqu'elle éprouva un besoin pressant d'uriner qu'elle ne put satisfaire ; dès lors le ventre grossit, l'urine coula goutte à goutte et les selles furent supprimées. Les diurétiqnes et apéritifs que lui conseillèrent des gens de l'art aussi bien que des commères et des charlatans ne firent qu'empirer son mal.

Vingt-huit jours après, le 5 mai 1800, Martin fut consulté. *La vessie remontait jusqu'au-dessus de l'ombilic* et les urines ne s'évacuaient que par regorgement. Une sonde de femme ne retira *qu'une pinte d'urine* ; deux doigts introduits dans le vagin reconnurent le fond de l'utérus en arrière et ne purent atteindre que la lèvre posté-

rieure, devenue inférieure, du col qui était placé très-haut derrière le pubis et un peu à droite.

Deux doigts portés alternativement dans le vagin et dans le rectum ne purent soulever le fond de l'utérus. Comme le vagin était très-large Martin y introduisit la main entière et alors, agissant avec plus de force, il parvint par degrès à remettre l'organe en place ; le col de l'utérus fut retrouvé dans l'axe du bassin et un peu en arrière. La sonde de nouveau introduite fit couler *au moins cinq pintes d'urine* à l'aide de pressions exercées sur le ventre, car la vessie avait perdu sa contractilité. Quelques fomentations avec l'oxycrat froid lui rendirent du reste rapidement son ressort.

Mais quinze jours après, le repos n'ayant pas été gardé, il survint une nouvelle rétroversion, que Martin réduisit *facilement après avoir vidé complétement la vessie* avec une sonde d'homme.

Observation LIX (1).

Gérard fut appelé en consultation auprès d'une dame de 36 ans, au quatrième mois de sa huitième grossesse ; elle avait éprouvé d'abord des douleurs plus ou moins fixes à l'hypogastre, dans le bassin, vers les lombes, le sacrum ; puis difficulté pour uriner, pour aller à la selle ; enfin, anxiété, fréquence du pouls, inappétence, insomnie. Les symptômes, dont la cause reste ignorée, s'aggravent pendant vingt jours. A ce moment, l'abdomen est distendu, comme à huit mois de grossesse, mat à la percussion ; les parties génitales, l'hypogastre, les cuisses infiltrées ; un peu d'urine s'écoule dans certaines positions, mais, depuis trois jours la femme n'urine plus et ne va plus à la selle ; anxiété extrême, agitation, nausées sans vomissements. Gérard reconnaît tous les signes d'une rétroversion utérine méconnue.

Le cathétérisme, difficile à pratiquer, donne issue à *quatre litres* d'urine ammoniacale ; quelques heures après à *deux autres litres*, et le lendemain, à *six*, mais par des pressions abdominales aidant le cathétérisme, car plusieurs fois l'urine cesse de couler, soit à cause de la

1. *Annales de chirurgie*, t. V, 1842.

quantité de ce liquide contenue dans les uretères, soit par suite de la compression de la vessie dans certains points par l'utérus ou par l'intestin. Dès lors, la réduction, *essayée plusieurs fois sans succès*, réussit ; la femme est placée sur les genoux et les coudes, Gérard introduit la main dans le vagin et repousse avec le poing, et en peu d'instants, l'utérus dans sa position normale.

Dans le cas de Reinick, on trouva *vingt litres* d'urine dans la vessie.

La rétention d'urine est donc un symptôme à peu près constant de la rétroversion et se trouve signalée par les premiers observateurs.

Observation LX (1)

Une femme, au cinquième mois de la grossesse, avait le fond de la matrice abaissé en arrière vers la partie inférieure du vagin ; l'orifice de la matrice était en avant et antérieurement au-dessus de l'aine droite. Le col et la partie inférieure de la vessie étaient si comprimés que la malade avait été *plusieurs jours sans uriner. La vessie remontait jusqu'au scorbiculum cordis*, et l'on y sentait une fluctuation semblable à celle de l'ascite. Le cathéter femelle était trop court, mais, au moyen du cathéter mâle, Smellie parvint à évacuer une grande quantité d'urine. Le lendemain, la femme fit une fausse couche, qui mit fin à la rétention d'urine. Mais la malade avait beaucoup dépéri faute de nourriture, et mourut trois jours après.

Les auteurs varient beaucoup sur l'importance étiologique de la rétention d'urine. Est-elle la cause de la rétroversion utérine, ou, inversement, est-elle consécutive au déplacement ?

Pour Denman, « il serait futile et vain de disputer que a rétention d'urine ne soit pas la cause de la rétroversion

1. Smellie, *Traité d'accouchements*, Paris. 1777.

utérine. » Cet auteur base son opinion sur le raisonnement et sur l'expérience, car il a pu, sur le cadavre, imiter la rétroversion de la matrice en insufflant de l'air dans la vessie, et probablement, dit-il, une rétroversion effective aurait eu lieu, si l'expérience s'était faite dans l'état de grossesse. « Or, comme il ne paraît exister, ajoute-t-il, d'autre cause capable d'enlever la matrice et d'en jeter le fond en arrière, et qu'une telle élévation et projection suit nécessairement la distension de la vessie, il est plus raisonnable de conclure que la rétention d'urine précède la rétroversion, si l'on ne convient pas même qu'elle est une cause sans laquelle la rétroversion ne peut exister. De plus, si la matrice est dans un état qui permet sa rétroversion lorsque la vessie est très-distendue, cette rétroversion en est une conséquence nécessaire........ S'il reste de l'incertitude sur la cause de la rétroversion, on ne peut, cependant, contester que tous les efforts pour réduire la matrice avant que la distension de la vessie ne soit écartée, sont inutiles ; car la matrice sera irrésistiblement poussée en dehors par la pression du poids de la vessie. »

L'opinion de Denman acceptée par Merriman, Callisen, Sibergundi, fut vivement combattue par W. Hunter et surtout par John Burns et son fils Allan Burns. « Dans le troisième mois de la grossesse, dit Allan Burns, si la vessie est entièrement gonflée par l'air, on trouve qu'elle est en rapport avec la surface du col de l'utérus de près de deux pouces et demi au-dessus de la lèvre de l'orifice utérin, et si l'on introduit le doigt dans le vagin, on sent à son extrémité la vessie distendue qui est attachée à ce canal. En outre, la longueur de l'utérus étant à cette époque d'en-

viron cinq pouces trois quarts, le sommet du fond s'élève au-dessus du détroit supérieur... En accordant donc que l'utérus soit soulevé (et il l'est par l'aponévrose de la vessie qui se réfléchit sur lui), il ne peut être rejeté en arrière, car *il rencontre le rectum qui le soutient* ». Il est vrai que la matrice rencontre le rectum, mais la barrière intestinale ne résiste guère et l'utérus aplatit le rectum au point que le cours des matières fécales est, dans bien des cas, complétement interrompu. M. Jacquemier a répété les expériences de Burns et est arrivé à des conclusions opposées. « Lorsqu'on distend brusquement la vessie sur le cadavre, dit-il, elle conserve sa forme primitive, tandis que si la distension survient à la longue par l'accumulation de l'urine, elle peut contenir une grande partie de ce liquide sans être fortement tendue ». Alors « ses parois s'étant dilatées partiellement, et surtout en arrière, elle forme une grande poche qui repousse le fond de l'utérus vers la courbure du sacrum, tandis que le col est retenu à sa place ordinaire. »

La majorité des accoucheurs, à l'exemple de Denman, considère la rétention d'urine, comme une des causes et non comme l'effet de la rétroversion.

Pour Gardien, « la vessie qui est distendue par l'urine ne peut pas s'élever dans le bas-ventre sans entrainer avec elle le col de la matrice : Or, l'orifice ne peut être soulevé sans que, par une espèce de bascule, le fond ne s'enfonce dans la même proportion. »

D'après Parent (de Beaune) il y aurait d'abord : « abaissement de l'utérus produisant la rétention d'urine ; plénitude de la vessie refoulant en arrière le fond de l'utérus et le culbutant dans la concavité du sacrum. » Ramsbotham,

Madame Boivin et Dugès, Danyau, Désormeaux et Paul Dubois, professaient que la rétention d'urine est la cause et non le résultat de la rétroversion.

C'est aussi l'opinion de M. Depaul qui « a vu dans des cas de rétroversion utérine, hors l'état de grossesse, la vessie être distendue par une énorme quantité de liquide. »

Il me paraît incontestable que la rétention d'urine, quelle qu'en soit la cause première, peut, sinon produire la rétroversion, lorsqu'elle existe seule, du moins confirmer et exagérer le déplacement si l'utérus y est prédisposé et s'opposer à la réduction spontanée de l'organe, soit en attirant le col en haut, soit en comprimant le fond, soit par suite des efforts qu'elle entraîne pour uriner.

Maygrier, Moreau, Cazeaux, Velpeau, Saboia, Barnes pensent que la rétention d'urine est consécutive au déplacement et que la rétroversion s'opère par un autre mécanisme.

Il est certain que la rétention d'urine doit être causée le plus souvent par un déplacement de l'utérus, soit par la descente de l'organe, comme le veut Parent, soit par un léger degré de rétroversion que la rétention d'urine, devenue cause à son tour, confirmera et exagérera au point que la plupart du temps la réduction est impossible si l'on n'a pris, au préalable, le soin de vider la vessie. On a observé rarement, dans le cours de la grossesse, une rétention d'urine ne s'étant pas accompagnée de déplacement utérin. M. Dagand en a publié un exemple dans le *Journal des connaissances médicales*.

Je trouve un fait analogue dans le mémoire du Dr Charles (de Liége). Dans un autre cas, la rétention d'urine s'est

accompagnée d'un abaissement de la matrice sans rétroversion.

Observation LX (1)

La femme A..., âgée de 20 ans, ayant déjà eu un accouchement normal, et se présumant enceinte de trois mois, fut prise le 31 mars 1860 d'une violente douleur de reins, qui occupa le lendemain le côté droit de la poitrine, puis la jambe droite. Elle ressentit ensuite, tout-à-coup, pendant un accès de toux, une douleur vive et passagère aux parties génitales, et s'aperçut que l'utérus venait de faire saillie au dehors. A partir de ce moment, la miction devint douloureuse et pénible ; ces symptômes s'étant aggravés, la malade entre à l'hôpital le 10 avril.

Par le palper abdominal, on sent une tumeur globuleuse, fluctuante, remontant à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. A l'auscultation, on entend un bruit de souffle à droite et en bas; mais on ne constate pas les battements du cœur du fœtus. Le col de l'utérus fait dans la vulve une saillie d'environ trois centimètres ; il est un peu mou, mais élastique, non ulcéré. Par le cathétérisme, on retire trois à quatre litres d'urine. Aussi le ventre s'affaisse considérablement ; l'utérus est senti dans sa position normale ; il est un peu plus gros qu'à l'état normal, et donne l'idée d'une grossesse de deux mois et demi à trois mois, ce qui coïncide avec l'époque de la suppression des règles. On réduit le col utérin dans le vagin. Le lendemain, le col ne fait plus saillie au dehors, et se trouve dans sa position normale, quoiqu'un peu tuméfié ; la miction s'est faite naturellement ; et sans souffrances les douleurs ont disparu. Tous les symptômes s'étant ainsi amendés de plus en plus, la malade sort de l'hôpital cinq jours après.

Accumulation des matières fécales. — Pression des viscères abdominaux. — Il nous paraît que chez une femme prédisposée au renversement de la matrice en arrière, soit

1. Lépine, *De la rétention d'urine dans la grossesse, Th. Paris.* 1877, nº 539.

par une rétroversion antérieure, soit par un bassin large permettant facilement un mouvement de bascule du fond utérin vers le sacrum, l'accumulation des matières fécales dans des intestins plus ou moins distendus, plus ou moins alourdis, doit peser sur la partie antéro-supérieure de la matrice et peut déterminer insensiblement sa rétroversion. Mais il faut pour cela qu'il existe déjà une inclinaison du fond en arrière ; favorisée par la distension de la vessie, elle se confirme et s'exagère sous l'influence de la pression qu'exercent les intestins rendus plus lourds par des amas de matières fécales ; soit dans les intestins grêles, soit dans la partie supérieure du rectum. Le poids des viscères abdominaux et la pression lente et continue du corset doivent agir de la même façon en s'opposant au redressement en avant du fond de la matrice. Tous les auteurs paraissent reconnaître l'influence de la cause que nous signalons.

« Si l'utérus reste longtemps couché obliquement ou horizontalement dans le bassin, dit Burns, si le relâchement qui accompagne le prolapsus existe, la femme est menacée d'une rétroversion... Mais, si en même temps le rectum se relâche et se courbe, ou s'incline beaucoup d'un côté surtout du côté gauche, il est évident que si cette courbure ou ce pli du rectum est rempli de matières fécales, il exercera une pression sur le fond de l'utérus, et non-seulement celui-ci ne pourra s'élever en haut, mais il sera alors poussé plus bas... » Baudelocque dit de son côté : « Lorsque la rétroversion se fait lentement, elle paraît dépendre de la pression légère mais continue des viscères flottant sur le fond de la matrice. » C'est aussi l'opinion de

Gardien, de Mme Boivin, de Maygrier, Godefroy, Hyernaux, Saboia, de Négrier qui s'exprime ainsi : « Il est à peu près indubitable que c'est au volume et au poids des matières stercorales accumulées dans l'S iliaque et aux efforts d'expulsion répétés que doit être attribuée la rétroversion, aucune cause ne pouvant rendre compte de cet enfoncement lent, puisque la rétention d'urine ne suffit pas pour l'expliquer. » Cazeaux, Désormeaux et Paul Dubois, Danyau, Depaul pensent aussi que l'accumulation des fèces dans l'intestin au-dessus de la fosse iliaque est une cause déterminante de la rétroversion, mais à la condition que le fond de l'utérus soit déjà porté en arrière, et le poids des intestins distendus ne fait en général que confirmer et exagérer le mouvement de bascule déjà ébauché sous l'influence d'une autre cause.

Il est certain que, sans être un phénomène aussi constant de la rétention d'urine, la constipation est signalée dans la plupart des cas, et a semblé quelquefois, comme dans l'observation suivante, avoir joué le rôle principal.

Observation LXI

M. Villeneuve examina à l'Hôtel-Dieu de Marseille, une femme qui, arrivée au troisième mois de la grossesse, avait l'utérus en rétroversion. Il y avait de la constipation et avant de tenter la réduction, M. Villeneuve conseilla l'emploi d'un purgatif. La femme eut plusieurs selles et, quand on voulut commencer les manœuvres, on s'aperçut que l'utérus avait spontanément repris sa position normale.

Smellie raconte que chez une femme naturellement constipée, qui avait eu trois fausses couches vers le troisième mois de la grossesse, à la suite de violents tenesmes, il put conduire à bon terme une nouvelle grossesse au

moyen de lavements, de légers minoratifs et d'une alimentation légère.

La relation de cause à effet me paraît évidente dans ces cas ; il est d'ailleurs peu d'observations où la constipation ne semble avoir joué un rôle plus ou moins important. J'ai cité quelques exemples de rétroversions de l'utérus gravide, dans lesquelles on avait noté la persistance des selles et même la diarrhée ; ces faits sont rares. En résumé, la constipation comme la rétention d'urine favorise la rétroversion de l'utérus prédisposé et s'oppose surtout à la réduction, mais ne saurait seule et sans d'autres causes produire le déplacement.

Adhérences entre l'utérus et le rectum. — D'après M. Bernutz, les adhérences péritonéales seraient une des causes les plus fréquentes des enclavements irréductibles. Amussat ne les croyait pas rares. Sur trente-sept autopsies, Aran a trouvé qu'elles existaient trois fois chez des filles vierges et une fois chez une pluripare. On comprend aisément que des adhérences, suites de pelvi-péritonite et unissant le fond de l'utérus avec le rectum, peuvent retenir l'organe en gestation en dessous de la saillie sacro-lombaire, si elles sont assez résistantes comme dans l'observation LXIII. J'ai trouvé les adhérences signalées dans bien peu d'observations; elles ont été rarement inextensibles et souvent, même après des manœuvres réitérées e assez puissantes, mais prudentes et sans violence, on est parvenu à mettre l'utérus en place et à éviter une fausse couche.

Observation LXII (1)

Une femme, enceinte de cinq mois, était atteinte d'une réten-

1. Hamon, *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1875.

tion d'urine occasionnée par une rétroversion de l'utérus gravide. M. Hamon la plaça la tête en bas et le siége en haut et opéra la réduction en introduisant le doigt dans le rectum. L'organe avait contracté déjà de solides adhérences, qui ne purent être rompues que par une pression énergique. Ces ruptures s'accompagnèrent d'un bruit assez intense pour être perçu par tous les assistants. Les suites de cette opération furent très-heureuses pour la mère et pour son fruit.

Observation LXIII

Mme G..., 38 ans, ayant eu deux accouchements heureux, fut ensuite affectée de métro-péritonite, et à la suite, de rétroversion utérine. Au troisième mois d'une grossesse suivante, elle consulta Amussat, qui reconnut la rétroversion. Il ne put d'abord réduire; à l'aide d'un examen attentif, il sentit distinctement au fond du vagin, des brides dans lesquelles le doigt s'accrochait; mais l'utérus était libre à droite. Amussat résolut d'agir de manière à faire tourner l'utérus du côté opposé. Ayant répété plusieurs fois et très-énergiquement, ses tentatives, en remontant l'utérus, tout en lui faisant faire un mouvement de torsion, il parvint à remettre l'organe dans sa position naturelle. La grossesse arriva heureusement à terme.

En 1841, Mme G... devint pour la quatrième fois enceinte, et, à la suite d'un effort pour soulever un malade paralysé, elle éprouva des douleurs utérines qui durèrent à peu près huit jours, et qui furent suivies d'une fausse couche de deux mois environ. Amussat put constater plus tard que l'utérus était revenu en rétroversion (Amussat).

On ne peut nier que, dans ces cas, la rétroversion était bien évidemment la conséquence des adhérences signalées ; mais le déplacement me paraît le plus souvent tenir à d'autres causes.

Forme et dimensions du bassin. — Chailly insiste longuement sur l'importance du bassin large au point de vue du mécanisme de la rétroversion. Il est certain que dans

un bassin large, la matrice pourra plus aisément basculer en arrière ; mais, d'un autre côté, la réduction sera plus facile. Denman, Burns, Gardien, Baudelocque, Maygrier, Moreau, Cazeaux... en ont fait la remarque. Plusieurs des malades de M. Depaul et de M. Hubert, celle de Flamm, une malade de Godefroy avaient l'excavation large et le bassin ample.

Le rétrécissement du détroit abdominal, avec ou sans rétrécissement de l'excavation, a des conséquences plus sérieuses. En effet que l'utérus soit en rétroversion, pour une cause ou pour une autre, dans les premiers temps de la grossesse, la réduction, si le bassin est rétréci, ne tardera pas à devenir de plus en plus difficile et bientôt impossible, la concavité exagérée du sacrum, la saillie exagérée de l'angle sacro-vertébral tendant à maintenir l'utérus dans la position vicieuse où il a été placé.

C'est à cette conformation que Boivin et Dugès attribuent les accidents observés par le professeur d'Outrepont, à Wurtzbourg, chez une femme dont trois grossesses successives furent l'occasion d'autant de rétroversions dans leurs premiers mois. Nous trouvons cette disposition signalée chez plusieurs malades de Godefroy, Parent, Gaiin, Wasseige, Depaul ainsi que dans l'observation suivante de M. Chantreuil.

Observation LXIV (1).

L'épouse Bertrand, 32 ans, a eu deux enfants ; le dernier, né mor et avant terme, a été difficilement extrait par le forceps. Cette femme est petite, rachitique, à tibias incurvés, sans déviation de la colonne.

1. Herbet, *Th. Paris*, 1872, nº 95.

Enceinte de trois mois environ, elle éprouvait quelques difficultés pour uriner, qui devinrent de plus en plus grandes.

Elle entre à l'hôpital des Cliniques le 3 mars 1870.

La constipation est opiniâtre et la rétention d'urine complète. On constate la rétroversion de l'utérus.

Cathétérisme amenant l'expulsion de deux litres d'urine.

Le 6, M. Chantreuil réduit, la femme étant couchée sur le dos, le siége élevé, en plaçant deux doigts dans le vagin, l'indicateur accrochant le col et le faisant basculer en arrière ; le médius appuyant sur le corps et le fond et le repoussant en avant et en haut, au-dessus de l'angle sacro-vertébral, qu'il est facile d'atteindre, vu le rétrécissement du diamètre sacro-pubien. Sept jours après la réduction, la matrice expulse un fœtus de quatre mois environ. Quelque temps après, M. Chantreuil trouva encore l'utérus en rétroversion, quoique à l'état de vacuité.

Age, multiparité. — L'influence des grossesses antérieures est nettement démontrée et s'explique aisément en laissant même de côté les affections utérines qui en sont quelquefois la suite. J'ai rapporté plus haut le résultat des observations de Négrier. D'après Hildebrand, outre les causes débilitantes qui amènent la faiblesse musculaire, les accouchements et surtout l'avortement produisent souvent le relâchement des ligaments utéro-sacrés. On comprend donc que la rétroversion soit plus fréquente chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les primipares. Sur 90 observations, dans lesquelles on indique la puerpéralité, nous constatons que l'accident s'est présenté 18 fois seulement à une première gestation. Les avortements ont aussi une grande importance au point de vue étiologique ; on a pu souvent les attribuer à des rétroversions méconnues ou non. Ils ne sont pourtant pas signalés dans un bien grand nombre de cas. Dans certaines observations, le rapport

est frappant. J'ai cité un fait de Phillips, le suivant me paraît aussi très-intéressant.

Observation LXV.

Marie W..., 31 ans, a eu trois enfants à terme. Alors se sont succédé au moins quatre avortements entre le troisième et le quatrième mois. Puis un enfant vint à terme. Une grossesse suivante se termina de nouveau par un avortement au troisième mois.

Cette dame devint de nouveau enceinte et consulta M. Phillips pour des pesanteurs insupportables et des souffrances dans le bassin, des incommodités et de l'irritation de la vessie : l'utérus fut trouvé en rétroflexion complète et augmenté de volume. Jusqu'au troisième mois, l'organe ne manifesta aucune tendance à s'élever au-dessus du détroit supérieur. M. Phillips ne revit plus la malade, mais craint qu'elle n'ait de nouveau avorté. Cette femme disait que, depuis ses trois premières couches, elle était péniblement affectée par de la dysurie à toutes ses grossesses;[1] ce symptôme se montrait dans le commencement du deuxième et continuait jusqu'au troisième ou quatrième : survenait alors (excepté dans un cas) l'expulsion de l'œuf.

La faiblesse de constitution, la mollesse des tissus, le lymphatisme sont mentionnés dans quelques observations et considérés par les auteurs comme ayant pu causer ou favoriser la rétroversion. Je me contenterai de signaler l'influence des professions, des conditions générales, d'hygiène.

Quant à l'âge, auquel M. Salmon accorde une importance étiologique très-considérable, on ne peut l'admettre comme une cause prédisposante. C'est généralement de 25 à 35 ans que les femmes sont le plus exposées à la rétroversion ; c'est tout naturel ; car cet âge est aussi l'âge moyen de la période sexuelle et de la période pendant laquelle les femmes engendrent ordinairement ; il y a là une coïncidence toute naturelle et non une relation de cause à

1. *Ueber Retroflexion des Utérus*, Leipzig, 1870.

effet. M. Salmon me semble avoir dans cette occasion admis le : *Post hoc, ergo propter hoc.*

Tumeurs. — Les tumeurs siégeant dans le segment postérieur de la matrice tendent à incliner l'organe en arrière. Dans un cas de rétroversion pendant la grossesse, Ingleby a trouvé une tumeur du fond de l'utérus à laquelle il attribue le déplacement ; la réduction fut faite, mais la femme mourut après l'accouchement (*Facts and cases*). Pearson (*sur le cancer*) rapporte un cas de rétroversion à la suite d'un squirrhe. Desault observe qu'elle a été causée quelquefois par un polype utérin. Hubert (de Louvain) en rapporte quelques exemples.

Observation LXVI.

M. Depaul fut appelé à Laon, il y a une quinzaine d'années, pour voir une jeune femme qui éprouvait tous les symptômes de l'étranglement interne et ne pouvait plus ni uriner ni aller à la selle ; c'était une grossesse de trois mois et demi, compliquée d'un corps fibreux siégeant dans la paroi postérieure de l'utérus.

Cette dame, logée à la campagne, souffrait tellement et éprouvait surtout un tel ténesme, de tels besoins de pousser, que M. Depaul entendait ses cris sur la route, longtemps avant d'arriver à son habitation. C'était absolument les cris d'une femme qui accouche, si bien que M. Depaul, ne connaissant pas trop la maison, crut qu'il y avait là une femme en mal d'enfant.

La situation devint tellement grave que M. Depaul dut proposer l'avortement d'abord repoussé, et que l'on se décida enfin à laisser pratiquer. Après cette opération, les accidents diminuèrent, les gardes-robes revinrent et la malade se rétablit.

Levret attribuait une grande importance à l'insertion du placenta dans le segment postérieur de l'utérus ; il pensait que c'était la cause la plus ordinaire des déviations de la matrice, selon la partie où le placenta est inséré.

Différentes tumeurs abdominales, surtout celles qui dépendent des ovaires, peuvent produire ou maintenir une rétroversion de l'utérus gravide. Churchill dit qu'il a vu des rétroversions dans le cas de tumeurs pelviennes.

Observation LXVII (1).

Une dame atteinte d'hydropisie de l'ovaire fut jetée violemment sur le sol en tombant de voiture. Revenue chez elle, elle urina en grande abondance, et se plaignit d'une douleur abdominale très-vive. Une fois rétablie, au bout de quelque temps, elle était débarrassée de son hydropisie. Quelque temps après elle se maria, et mourut quatre mois plus tard avec une rétroversion irréductible de l'utérus. A l'autopsie, on constata que sous l'influence de la chute, le kyste ovarique s'était rompu et le liquide s'était répandu dans le péritoine ; le liquide avait été absorbé et éliminé par les reins ; le reste du kyste était tombé sur l'utérus, l'avait appliqué en rétroversion sur le promontoire, où l'organe s'était trouvé fixé par une inflammation adhésive ; l'organe gravide ne put se redresser et les accidents mortels étaient arrivés.

Dans sa thèse de concours pour le professorat (2), Nélaton résume ainsi ses idées sur le mécanisme de la rétroversion : « Une disposition spéciale, congénitale ou acquise, physiologique ou pathologique est la condition première, je n'ose pas dire indispensable, de ces déformations de l'utérus, dont l'étiologie reste encore entourée de beaucoup d'obscurité.

Il est des cas particuliers où la position influe d'une manière plus sensible : c'est, par exemple, lorsqu'une tumeur

1. Blundell. *Diseases of women*, p. 6.
2. *De l'influence de la position dans les maladies chirurgic.*, 1851.

s'est développée dans l'épaisseur des parois utérines. On a vu de semblables tumeurs occasionner la rétroversion de l'utérus, et cela par un mécanisme dans lequel la position trouve une large part.

Entraînées par leur propre poids dans toutes les attitudes où le corps conserve la position verticale, ces tumeurs tendent manifestement à se précipiter vers l'excavation pelvienne, et dans ce mouvement, elles entraînent à leur suite l'organe auquel elles sont liées, avec d'autant plus de facilité, qu'elles sont comme secondées dans cette action par le poids de la masse intestinale.

Le même effet peut se produire dans les premiers mois de la grossesse, particulièrement chez les femmes dont l'excavation pelvienne a des dimensions exagérées. L'utérus, dont le poids est alors accru par le fait de la grossesse commençante, n'étant pas suffisamment contenu, obéit à toutes les impulsions qui lui sont communiquées et spécialement à celles de ces impulsions qui se renouvellent le plus fréquemment, c'est-à-dire celles que déterminent les positions les plus habituelles. »

Affections utérines antérieures. — C'est surtout, je crois, dans une modification du tissu utérin que l'on doit chercher le secret de cette « disposition spéciale, dont parle Nélaton, congénitale ou acquise, physiologique ou pathologique, condition première tout au moins, sinon indispensable, des déformations utérines. » M. Depaul a montré l'importance des affections utérines permettant un développement inégal de la matrice distendue par le produit de la conception et sa dilatation sacciforme, dilatation qui peut se produire, je crois, pendant

tout le cours de la grossesse. Pour certains auteurs, l'immense majorité des rétroversions de l'utérus gravide ne serait due qu'à l'existence d'une affection utérine antérieure, en particulier au maintien d'une déviation préexistante (Bernutz, Barnes, Schrœder). Il est certain que nombreuses sont les observations de rétroversions existant avant la grossesse, réduites vers le troisième ou quatrième mois et reproduites de nouveau après l'accouchement. Si l'on réfléchit que les déplacements de la matrice peuvent exister sans que les femmes en éprouvent d'incommodités, et que d'autre part l'avortement est une terminaison fréquente de la rétroversion, on peut logiquement admettre une rétroversion préexistante à la grossesse dans les cas, où avec les antécédents que nous signalons, on constate une rétroversion de l'utérus gravide. Les anciens auteurs regardaient la rétroversion et surtout la rétroflexion comme étant des obstacles presque invincibles à la conception ; les observations modernes ont prouvé qu'il n'en est rien ; souvent ces déplacements n'amènent chez un grand nombre de femmes aucun trouble fonctionnel et ne se révèlent qu'au toucher ; si la grossesse survient, l'organe, dans un grand nombre de cas, se rectifie insensiblement, soit spontanément, soit sous l'influence de moyens très-simples (Bernutz).

Observation LXVIII (1).

M. Pajot, consulté par une dame atteinte de rétroversion, lui conseilla la grossesse, comme moyen de guérison. Cette dame devint enceinte. mais l'utérus gravide conserva sa position vicieuse durant les premiers temps. Un jour en montant les marches d'un escalier, la malade

1. Herbet, *Th. Paris*, 1872, n° 95.

sentit une violente secousse dans le ventre et éprouva des douleurs atroces. M. Pajot, appelé immédiatement, constata que la réduction était opérée ; il combattit les accidents et la grossesse continua heureusement jusqu'à terme. Mais la rétroversion se reproduisit à l'état de vacuité.

L'observation suivante me paraît aussi digne d'intérêt.

Observation LXIX (1).

Madame Del... 30 ans, a eu deux grossesses qui se sont terminées à terme.

Au mois d'avril 1872. M. Le Blond constate une métrite chronique et une rétroversion utérine. Un an plus tard, sensation de pesanteur vers l'anus et la vulve, constipation, fréquentes envies d'uriner. La rétroversion se réduit aisément et se reproduit avec la même facilité. Le 12 février 1875, la malade annonce qu'elle n'a pas eu ses règles depuis le 13 décembre ; elle a des vomissements qui reviennent irrégulièrement. M. Le Blond qui a suivi la malade depuis trois ans, constate que malgré un traitement varié, toniques, douches froides, pessaire, électricité, l'utérus est toujours en rétroversion. Il réduit facilement en introduisant un doigt dans le rectum et repoussant en avant sa face postérieure, pendant que l'indicateur de la main opposée est introduit daus le vagin de façon à repousser le col en arrière. Le 20 avril, l'utérus retombé en rétroversion est réduit aisément de la même façon. Un mois plus tard, Madame Del... sent remuer pour la première fois. L'utérus n'est pas retombé en rétroversion, et l'accouchement a lieu à terme. Quelque temps après, on constate que l'utérus est de nouveau rétroversé.

Causes occasionnelles.— Ce sont des accidents, des traumatismes, coups, chutes, efforts de différentes espèces, soit pour soulever ou transporter un fardeau, soit pour uriner,

1. *De la Rétroversion et de la Rétroflexion de l'utérus. Th. Paris,* Parrical de Chamard, 1876, n° 360.

aller à la selle, vomir, tousser, sauter, danser, etc. Souvent les femmes rapportent d'autant plus facilement leur maladie à l'accident, que les symptômes ont paru immédiatement, ou peu de temps après ce dernier et que dans certains cas, elles ont éprouvé au moment même une sensation spéciale de déplacement dans le bas-ventre. J'ai montré que dans le plus grand nombre des cas, cités comme des exemples de rétroversion à forme subite, on trouve signalés des symptômes prémonitoires, prouvant que l'accident n'a fait que compléter un déplacement commencé déjà et peut-être antérieur à la gestation. « Il est douteux que l'utérus ayant sa situation normale, une cause aiguë puisse suffire à produire une rétroversion, à un moment où l'utérus est assez développé pour qu'une incarcération puisse se manifester immédiatement » (Schroder). C'est aussi l'avis de M. Bernutz, de Lohmeir, Brunninghaüsen, Barnes, Tyler Smith ; pour ces auteurs, il s'agit ordinairement de grossesses se produisant dans des utérus déjà rétroversés.

Je citerai encore, comme causes occasionnelles, les émotions morales signalées par quelques observateurs; on ne peut leur accorder une importance étiologiqne bien sérieuse.

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT.

Le traitement de la rétroversion utérine pendant la grossesse comprend plusieurs méthodes : 1° l'expectation avec intervention contre les symptômes sans manœuvres de violence ; 2° la réduction manuelle ; 3° la réduction instrumentale ; 4° le déplétion de l'utérus, si la réduction n'a pu être obtenue.

1° *Expectation.* — Sous ce nom, M. Depaul comprend une expectation relativement active qui, laissant l'utérus dans la situation acquise, se borne par le traitement des complications à supprimer les causes probables de la rétroversion ou tout au moins à lever les obstacles qui pourraient s'opposer à sa réduction.

Et tout d'abord, le cathétérisme. On sait l'influence fâcheuse de la vessie distendue sur la production ou le maintien de la rétroversion. Tous les auteurs sont du reste d'accord pour reconnaître que le cathétérisme est le premier moyen à employer ; il y a là une indication pressante, et qu'on ne peut hésiter à remplir. Des exemples nombreux prouvent que la réduction de la matrice est bien facilitée par l'évacuation de l'urine.

Observation LXX.

Martin, de Lyon, fut appelé par l'épouse Augustin atteinte de rétro-

version utérine au troisième mois de la grossesse. Il fit plusieurs tentatives pour replacer l'utérus avant d'avoir vidé la vessie, mais ce fut en vain ; au contraire, dès que l'urine fut évacuée, il réduisit facilement. La grossesse arriva à terme. Deux ans après, l'utérus avait encore une tendance à la rétroversion.

Le cathétérisme n'est pas toujours une chose facile à exécuter chez la femme enceinte. La paroi antérieure du vagin, fortement attirée en haut par le mouvement de bascule de la matrice, entraîne en même temps le méat urinaire; aussi pour trouver cette ouverture, faut-il écarter largement les grandes et les petites lèvres et porter la sonde presque directement de bas en haut en longeant la surface interne des pubis. Il est indispensable pour ces cas spéciaux, de placer la femme dans la position obstétricale. Le méat urinaire une fois trouvé, il ne sera pas toujours facile d'introduire la sonde jusque dans la vessie ; il reste en effet à franchir l'obstable résultant de la pression du col utérin sur le canal de l'urèthre ; or, cette pression est dans certains cas modérée, mais dans d'autres, au contraire, elle peut être considérable et constitue ainsi une très-grande difficulté pour arriver jusqu'à la vessie. Une autre conséquence de cette disposition, ce sont les inflexions, les courbures anormales que peut présenter le canal; aussi sera-t-on obligé quelquefois de renoncer à la sonde ordinaire, et devra-t-on avoir recours à la sonde de gomme élastique munie d'un mandrin qui permettra de donner à l'instrument telle courbure que l'on jugera convenable. C'est par une série de tâtonnements exécutés avec douceur en prenant des sondes de différentes grosseurs, en introduisant le doigt dans le vagin pour se rendre compte des obstacles,

en appuyant même sur le fond de la vessie pour faire sourdre un peu d'urine et redresser le méat, qu'on parviendra à opérer le cathétérisme.

Quelques auteurs ont conseillé de se servir d'une sonde d'homme à grande courbure et d'en user par le procédé dit du tour du maître, c'est-à-dire qu'après avoir dirigé la convexité de l'instrument du côté de la symphyse du pubis, il faudra retourner et placer la concavité du côté de cette articulation.

Dans les cas difficiles, il faut user de tous les moyens et n'en négliger aucun pour arriver au résultat. Les difficultés sous ce rapport présentent des variétés trop nombreuses pour qu'il soit possible de conseiller spécialement l'un ou l'autre de ces procédés ; cependant, d'après son expérience personnelle, M. Depaul pense que c'est encore la sonde élastique avec ou sans mandrin qui donnera les meilleurs résultats (Depaul, *Leçons de clinique obstétricale*).

Pour être efficace, le cathétérisme doit être répété assez souvent, d'abord pour s'opposer à la distension de la vessie qui tend toujours à reparaître, puis parce que les parois vésicales longtemps distendues ont perdu leur rétractilité et qu'il faut faciliter le retour de cette propriété en ne laissant la vessie se développer que dans des proportions très-restreintes.

On a vu les difficultés que présente souvent l'introduction de la sonde ; si le cathétérisme est impraticable et la réduction de l'utérus impossible à obtenir, faut-il ponctionner la vessie ? Certains auteurs, Gardien, Murat, Lacroix, Martin, Elleaume, Churchill, Courty, Stoltz, pensent qu'il faudra s'y résoudre si l'état général de la femme

est mauvais et si les manœuvres de réduction sont impossibles à pratiquer. Burns rapporte qu'elle fut faite par le Dr Cheston et que la femme se rétablit ; dans un autre cas, en employant un long trois-quarts, on blessa la matrice et la femme mourut.

Je citerai l'opinion de M. Barnes. « Quand il est impossible, dit-il, de poser la sonde vésicale et que la réduction est aussi impraticable, il faut choisir entre la ponction de l'utérus par le rectum et la ponction de la vessie au-dessus des pubis. Head s'est trouvé en présence d'un cas de ce genre ; il ponctionna l'utérus, il lui fut ensuite possible de vider la vessie ; la femme accoucha d'un fœtus de cinq mois, tout ratatiné, et se remit après une grave maladie (*London, Hospital report*, 1867). Head fit bien de ponctionner d'abord l'utérus, car il aurait pu être nécessaire de le faire après la ponction de la vessie. D'un autre côté Münchmeyer (*Mon. f. Geburts*, 1860) rapporte un cas où il ponctionna la vessie, l'utérus fut réduit et la malade se rétablit. Schatz (*Archiv. f. Gynækol.* 1870) relate un cas dans lequel il ponctionna avec succès l'utérus et la vessie.

On ne s'explique pas comment M. Barnes peut approuver la ponction préalable de l'utérus, sous prétexte *qu'elle pouvait* être nécessaire après la déplétion de la vessie.

Je comprends plutôt la conduite de Münchmayer qui, du reste, donne tort à l'opinion de M. Barnes, puisque le déplacement put être réduit sans ponction de la matrice, et il me semble que dans un cas semblable, il faudrait agir de même, en employant non le trocart du frère Côme,

mais un trocart capillaire des appareils Potain ou Dieulafoy, du moins dans la généralité des cas.

La plupart des chirurgiens regardent d'ailleurs les ponctions capillaires comme à peu près inoffensives. Pour M. Cazenave (*Bordeaux Méd.*, 1872), la ponction hypogastrique est aussi facile et aussi peu compromettante qu'une saignée du bras. M. Guyon a fait vingt-cinq opérations en huit jours dans un cas d'hypertrophie de la prostate (*Bordeaux Méd.*, 1872).

M. Lannelongue l'a faite onze fois en huit jours (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*) et M. Lucas-Championnière regarde la ponction de la vessie comme une opération exempte de danger, quand elle est faite avec l'appareil capillaire aspirateur.

M. Hennequin (*Arch. génér. de Méd.* 1872) constate que, pendant plus de quinze jours, on a, sans accident, plongé deux fois par jour, le trocart de l'aspirateur dans la vessie distendue. M. Dieulafoy a réuni dix observations de rétention d'urine traitée par aspiration ; cette dernier a été pratiquée cinquante-six fois et toujours sans accident. Le *Journal des sciences médicales de Dublin*, M. Watelet dans sa thèse, rapportent des faits analogues ; on a pu, dans un cas, ponctionner la vessie trois fois par jour, plusieurs jours de suite.

La ponction de la vessie est donc une ressource suprême à laquelle il faudra se résoudre lorsque le cathétérisme de la vessie sera absolument impossible à pratiquer, et que la distension de la vessie opposera un obstacle invincible à la réduction de l'utérus rétroversé.

Il est également recommandé de combattre la constipation. Les lavements émollients sont indiqués pour détrem-

per les matières durcies et faciliter leur glissement; malheureusement la pression exercée par le fond de l'utérus empêche le plus souvent le liquide de l'injection de pénétrer assez haut pour obtenir une évacuation complète et efficace. On a conseillé de se servir d'une canule suffisamment longue (7 à 8 pouces, Cazeaux) pour pouvoir être poussée jusqu'au promontoire; mais ce procédé réussit rarement; car l'introduction de la canule est très-difficile et peut être impossible; il faut donc en arriver aux laxatifs et aux purgatifs légers, en particulier à l'huile de ricin.

Si les matières sont tellement durcies que les lavements et les purgatifs n'aient point d'effet, Moreau conseille de les extraire au moyen d'un doigt, d'une cuiller, d'une cuvette.

Les autres symptômes entraînent chacun leur indication spéciale; ainsi les antispasmodiques, les narcotiques, les antiphlogistiques devront être employés dans certains cas.

Ce traitement symptomatique a suffi dans bien des cas pour obtenir le redressement de l'utérus; on ne peut dire que chez ces malades la réduction ait été vraiment spontanée, mais elle s'est du moins produite sans que des manœuvres violentes aient affecté l'utérus. Hunter a vu l'utérus reprendre sa position immédiatement après avoir vidé la vessie et le rectum. Ramsbotham (*Medical Times and Gazette* 1852), a rapporté huit cas de redressement naturel de l'utérus après que la vessie eût été vidée régulièrement et le repos au lit strictement gardé. Champion (*Murat. Dict. en* 60 *vol.*), rapporte cinq faits analogues; M. Croft (*Lond. méd. journ.* V, XI) deux; le professeur Martin, de Berlin (*Zeitsch. f. Geburtsk. und. Frauenkr.*

1875) quatre. J'ai signalé plus haut d'autres cas de réduction spontanée de l'utérus rétroversé, après le traitement symptomatique; il m'a été donné d'en observer dernièrement un exemple à l'hôpital des Cliniques.

Observation LXXI

Le 9 novembre 1878 entre à la clinique la femme X..., âgée de 29 ans, grande, bien constituée, au bassin spacieux ; bien portante et régulièrement réglée d'habitude, elle l'a été pour la dernière fois le 30 juin; en même temps ont apparu les troubles fonctionnels de la grossesse : le ventre s'est développé, les seins ont grossi, et laissent écouler, quand on presse le mamelon, une sérosité lactescente... Cette femme n'a jamais eu d'enfant. Les premiers temps de la grossesse se sont passés sans accident; mais depuis environ six semaines elle se sent indisposée, sans pouvoir cependant indiquer le début précis des accidents; elle éprouvait de la gêne pour uriner et pour aller à la selle. Ces troubles existaient lorsqu'elle fit une chute peu considérable. Bientôt la gêne pour uriner et surtout la constipation devinrent de plus en plus marquées. Un médecin fut appelé qui ordonna, sans succès, des purgatifs, des cataplasmes, des diurétiques.

Depuis deux ou trois jours, elle a vu son ventre enfler considérablement ; cependant, elle était toujours mouillée, urinant par regorgement et souffrait beaucoup pendant l'émission des urines. C'est alors que n'éprouvant aucun soulagement, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Le ventre est distendu par une tumeur qui dépasse l'ombilic; la grande lèvre droite est enflée; la femme répand une forte odeur d'urine. Par le palper, on sent une grosse tumeur dépressible, fluctuante, ne donnant la sensation d'aucune partie fœtale, d'aucun corps solide, mobile; c'était évidemment la vessie distendue par l'urine. Le palper de la matrice ne révélait aucune tumeur fibreuse ou autre; pourtant l'examen étant rendu difficile par la distension de la vessie et la douleur existant à ce niveau, M. Depaul, pour asseoir son diagnostic procède au toucher vaginal.

L'introduction du doigt dans le vagin amène la sortie d'une quan-

tité notable de liquide qu'il est facile de reconnaître pour de l'urine. La paroi postérieure du vagin est poussée d'arrière en avant par une tumeur arrondie, lisse, fluctuante, donnant la sensation de l'utérus développé par le produit de la conception ; la paroi antérieure est tendue ; le col de la matrice est ramolli et situé en haut et en avant, derrière la symphyse pubienne. Diagnostic : rétroversion utérine. Pour soulager la femme, M. Depaul pratique, non sans difficultés, le cathétérisme qui donne issue à environ trois litres d'urine ; les dernières portions de liquides étaient sanguinolentes.

Le lendemain la tumeur vésicale était remplacée par la matrice dont le développement correspondait à une grossesse de quatre mois environ 108 pulsations. La femme est tenue au lit ; elle souffre toujours quand elle urine ; l'urine expulsée plusieurs fois par jour et avec douleur est d'abord sanguinolente, puis contient un dépôt fibrineux. Le 20 novembre, on y constate la présence de l'albumine. Le 21, la femme se plaint de coliques qui cèdent à l'application de cataplasmes et de pommade belladonée sur le ventre. Au bout de quelques jours, l'urine est redevenue normale et est expulsée sans douleur. Le 4 décembre, la malade sort, n'éprouvant plus aucun trouble, et supportant très bien une grossesse qu'elle semble devoir mener à bonne fin.

Observation LXXII.

Une femme se présente à la Clinique au mois de février 1878 avec tumeur fluctuante et rendant un son mat à la percussion, s'élevant jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette femme, qui a eu, il y a six ans, un accouchement à terme, est ordinairement bien réglée et se croit enceinte de nouveau, ses règles étant supprimées depuis trois mois environ.

A la suite d'un voyage fatigant de Nancy à Paris, elle a éprouvé des douleurs dans le ventre, les lombes et les aines, avec sensation de plénitude et de pesanteur sur le périnée, difficultés pour uriner et aller à la garde-robe. Un liquide s'écoulant par la vulve, une sage-femme crut à une rupture des membranes. C'était de l'urine; le cathétérisme

en retira trois litres, ce qui amena l'affaissement de la tumeur abdominale.

Par le toucher vaginal, M. Chantreuil, chargé du service, constata que la partie cervicale du col, complétement déviée, était dirigée horizontalement, de telle manière que le col était complétement inaccessible, caché qu'il était derrière le pubis. En portant le doigt en arrière, on sentait une tumeur d'une certaine mollesse, qui présentait la consistance du fond de l'utérus gravide et non celle d'une tumeur fibreuse, qui eut donné la sensation d'un corps plus dur et plus inégal. Enfin, entre cette partie postérieure de l'utérus qui venait s'arc-bouter contre le sacrum et la partie antérieure qui se cachait derrière le pubis, il y avait une partie un peu déprimée, formant comme un angle de flexion entre le fond et le col. La tumeur était donc constituée tout entière par l'utérus gravide en rétroversion et un peu en rétroflexion. Le toucher rectal confirmait pleinement le diagnostic.

M. Chantreuil s'est contenté de sonder régulièrement la malade, de manière à ne jamais laisser la vessie se distendre outre mesure. Sous la seule influence de ce simple moyen, la matrice tend tous les jours de plus en plus à se redresser spontanément, et il y a tout lieu d'espérer que le redressement achèvera de s'effectuer ainsi complétement, et que le développement ultérieur de la matrice se fera librement et sans obstacle (*Gaz. des Hôp.*, 2 mars 1878).

A la déplétion de la vessie et de l'intestin, certains auteurs ajoutent une position particulière, à faire prendre à la femme.

Les uns font coucher la malade sur le ventre.

Différents praticiens (Segretain, Vandorpe, Hunter, Capuron, Boyer...) font placer la femme sur les coudes et les genoux. Moreau déclare qu'il a essayé plusieurs fois d'employer cette position et que toujours il y a dû y renoncer : « aux premières tentatives de réduction, la compression de l'utérus cause à la femme une douleur

ènervante qui brise ses forces et la fait tomber à plat ventre. » Sans nier l'utilité du repos, d'une position appropriée, je pense cette précaution illusoire pour les cas sérieux ; elle a paru cependant agir utilement dans certains cas : tel le fait de Cazeaux rapporté dans la thèse de Nélaton ; mais l'accoucheur eut aussi recours à des manœuvres manuelles ; tel un fait semblable de M. Depaul.

Observation LXXIII

Une femme enceinte de trois mois et demi était atteinte de rétroversion de la matrice. M. Depaul la fit placer sur les coudes et les genoux et, à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin et des deux doigts de l'autre main introduits dans le rectum, parvint assez facilement à remettre l'organe dans sa position naturelle. Les résultats de l'opération furent des plus favorables.

M. Godefroy fait placer la malade « sur le bord de son lit, la tête et les mains appuyées sur le sol, les cuisses et les jambes reposant seules sur le lit. » Cette position exige le concours de plusieurs aides et ne peut évidemment être longtemps conservée. Je n'ai pas eu occasion d'observer une rétroversion de l'utérus gravide traitée de cette façon ; mais j'ai vu ce procédé par inversion appliqué avec succès, par mon maître M. Maurice Raynaud. dans deux cas de perforation pulmonaire suivie de vomique.

Les Arabes suspendaient, paraît-il, la femme la tête en bas et la faisaient balancer quelque temps dans cette position désagréable. Certains accoucheurs recommandent le décubitus latéral, la position obstétricale avec le bassin relevé.

Toutes ces positions peuvent trouver des indications ; mais la position seule n'est pas suffisante ; on devra donc

essayer d'abord le traitement symptomatique, « laissant ainsi une large part au temps et à la nature; ou bien, si après une certaine expectation, on n'obtient pas quelque résultat favorable, ou si d'autres accidents viennent à se montrer, il deviendra nécessaire d'avoir recours à une des deux méthodes de réduction manuelle ou instrumentale » (Depaul).

Je dois signaler l'idée originale de M. Massart, de Honfleur, qui se rappelant certaines coutumes des sorciers de Bohême et de Normandie, essaya d'attirer en haut le fond utérin, en pratiquant l'aspiration au moyen d'un vase de nuit (dont l'air intérieur avait été chauffé) appliqué sur le ventre, en guise de ventouse (*Mouvement médical* 1877). Cette pratique, précédée du cathétérisme plusieurs fois répété, et suivie de manœuvres de réduction manuelle fut couronnée de succès.

2° *Méthode de réduction manuelle.* — La réduction de la matrice par la main est le procédé qui se présente le plus naturellement à l'esprit, c'est le conseil donné par Aspasie, Aetius, Rhoderic à Castro; c'était la méthode suivie par Grégoire. Le manuel opératoire offre autant de variétés que d'auteurs s'étant occupés de cette question; la réduction peut se faire par le vagin, le rectum ou par les deux à la fois.

Par le vagin. — Lorsque la matrice est peu développée et le déplacement peu prononcé, il suffit souvent d'accrocher le col avec deux doigts portés aussi haut que possible et de le ramener en bas et en arrière, pour que tout l'organe bascule. On peut aussi réussir en agissant sur le fond pour le repousser en haut; on introduira un, deux, trois,

quatre doigts, selon les cas. Martin, de Lyon, introduisit la main entière « parce que le vagin parut très-large. » Cazeaux agit de même. M. Depaul admet parfaitement l'introduction de quatre doigts ou de la main entière dans le vagin, si la malade est multipare et la grossesse un peu avancée. Ratzenberger paraît avoir employé le premier la main entière introduite dans le vagin pour réduire la rétroversion (Jahn). Cockell porta aussi la main entière dans le vagin et opéra la réduction avec le poing fermé. C'est le procédé employé aussi par Gérard, et, plus récemment, préconisé par Négrier, auquel il a donné des succès, ainsi qu'à M. Godefroy et à M. Gosselin.

Quelques accoucheurs, Barnes, Vignard, Hubert conseillent d'agir à la fois par manœuvre vaginale et par manœuvre externe ; c'est ce qu'avait indiqué Désormeaux (*Dict. en 21 vol.* 1828) : « Il faut, avec un ou plusieurs doigts introduits dans le vagin, repousser en haut le fond de l'utérus, tandis qu'avec les doigts de l'autre main, on appuie sur la région hypogastrique pour contenir et même déprimer le fond de l'organe. »

Par le rectum. — C'est le procédé le plus ancien. Quelques-uns ne se servent que d'un ou deux doigts placés dans l'intestin ; on a même introduit trois, quatre doigts et la main entière. Dussaussoy assure n'avoir pu réduire la matrice rétroversée qu'en portant la main entière dans le rectum (1785) et elle y pénétra, dit-il, sans peine. Depuis quelques accoucheurs imitèrent cette pratique : Godefroy, Roussilhe (1845) Barnier, Garin introduisirent la main entière ou presque entière. Dans un cas, la femme étant couchée sur le côté et chloroformisée,

Martin, de Tonneins, introduisit la main entière dans le rectum tandis que l'indicateur de la main gauche porté dans le vagin abaissait le col. Remarquons que la malade était soumise à l'influence du chloroforme. Le chloroforme en effet, outre qu'il évite les douleurs, facilite singulièrement l'opération en permettant une dilatation considérable de l'orifice anal qui montre dans certains cas une tolérance vraiment surprenante.

Le procédé de Dussausoy est très-fortement critiqué par la plupart des accoucheurs : Maygrier, Baudelocque, Elleaume, Negrier. Après avoir introduit deux doigts dans le rectum, M. Gosselin n'osa y pousser la main entière « craignant une déchirure de l'anus » et dut recourir à un autre procédé.

Par le vagin et le rectum. — C'est le procédé de Grégoire ; c'est celui que préfère M. Depaul « surtout lorsqu'il s'agit de réduire la matrice d'une femme peu avancée dans sa grossesse (trois mois ou trois mois et demi par exemple), et en particulier quand on aura affaire à une primipare. » Un ou deux doigts sont introduits dans le vagin et vont accrocher le col qui est attiré en bas et en arrière, pendant que deux doigts de l'autre main, introduits dans le rectum, agissent en sens contraire et repoussent le fond en haut et en avant. Cette méthode a réussi à plusieurs accoucheurs, Gougis, Palante, Martin (de Tonneins) Depaul, L. Brieuc (de Plougastel).

A ces divers procédés correspondent les positions différentes à faire prendre par la malade placée sur les coudes et sur les genoux quand on agit par le rectum, dans la position obstétricale quand on agit par le vagin. Je n'ai pas

besoin d'insister sur l'importance des soins préliminaires : évacuation de l'urine et des matières fécales.....

« Ces procédés divers ont tous donné de bons résultats entre les mains de ceux qui les ont fait connaître, mais ils n'ont pas toujours réussi, et souvent il est devenu nécessaire de passer de l'un à l'autre ; aussi, dans un accident de cette nature, on ne peut pas s'en tenir toujours à la même méthode

C'est par des tâtonnements successifs qu'on arrive presque toujours à obtenir le résultat désiré. Cependant quelques observations, publiées par des hommes instruits, montrent que la méthode manuelle, malgré ses divers procédés, n'a pas toujours suffi et qu'il a fallu, dans quelques cas, recourir à la méthode instrumentale » (Depaul).

3° *Méthode de réduction instrumentale.* — Après avoir échoué par les méthodes précédentes, différents accoucheurs ont pu obtenir la réduction de la matrice à l'aide d'instruments. Le plus connu de tous est sans contredit la baguette d'Evrat, dont la première idée doit, paraît-il, être rapportée à Vogel (1791).

Il se compose d'une baguette assez semblable à celle d'un tambour, garnie à son extrémité d'un tampon de linge enduit d'un corps gras ; on l'introduit dans le rectum, et l'on s'en sert pour repousser, par des pressions graduelles, le fond de la matrice. Ce procédé a été employé avec succès par Evrat, Moreau, Lisfranc, Chapplain, Pajot et Tarnier, Depaul.

Parmi les autres instruments, on remarque une sorte de spatule imaginée par Petit, une tige en fer employée par Richter (1796), une cuiller proposée par Rœderer, un levier

qui servit à Morel et Martin (de Lyon) un gorgeret matelassé, dont usèrent Priou (de Nantes) et Martin (de Tonneins). Dans un cas M. Bleynie, de Limoges, s'est servi du levier obstétrical.

Observation LXXIV.

Le 30 mai 1854, M. Bleynie fut consulté par une femme de 35 ans, primipare, enceinte de trois mois, qui, un mois auparavant, à la suite d'un voyage de 30 kilomètres à pied, avait éprouvé dans la région sacrée, une grande fatigue qui persistait et s'était accompagnée de constipation. La santé générale ne paraissait pas atteinte et la malade avait pu faire 12 kilomètres à pied pour venir consulter M. Bleynie. Le toucher vaginal lui fit constater une rétroversion. Le lendemain, après avoir vidé la vessie et la femme étant placée sur les coudes et les genoux, l'auteur essaya vainement de redresser la matrice, soit en agissant sur la face postérieure de l'organe, soit en cherchant à accrocher le col, soit par les deux manœuvres en même temps. La main ne put être introduite dans le vagin. Sept jours après, la malade n'ayant pas gardé le repos, souffrait énormément.

Impossibilité d'aller à la garde-robe ou d'uriner, vessie considérablement distendue par l'urine qui s'écoulait par regorgement. Les tentatives précédentes ayant été renouvelées, M. Bleynie eut recours au levier obstétrical dont il avait matelassé la cuiller avec du coton cardé particulièrement tassé en tampon à son extrémité. Après avoir placé la femme comme pour la version et introduit l'instrument dans le vagin, comme une branche de forceps, M. Bleynie porta d'abord la cuiller en arrière, ensuite en haut, de manière à longer la concavité du sacrum et à refouler ainsi le fond de l'utérus vers l'angle sacro-vertébral. Lorsqu'il présuma, par la profondeur où il était arrivé que ce premier but était atteint, M. Bleynie imprima au levier un mouvement de bascule tendant à porter le fond de l'utérus au-dessus et en avant du promontoire. L'utérus était redressé, le museau de tanche dirigé directement en bas ; l'organe était aussi élevé qu'à cinq mois

de grossesse. Soins consécutifs ordinaires. Au bout de trois jours, l'emploi de la sonde devient inutile et la grossesse suit sont cours régulier.

Malgré son succès, l'auteur ajoute : « On comprend, sans que nous ayons besoin d'insister, combien il convient d'apporter de modération dans l'emploi d'un moyen mécanique aussi puissant que le levier de Smellie. Les déchirures du vagin et peut-être même de l'utérus pourraient être la conséquence de manœuvres conduites avec trop de violences ou poussées trop loin. »

D'autres instruments ont été encore proposés pour obtenir la réduction de l'utérus, gravide rétro-versé. Ce sont des ballons Gariel, pelotes ou vessies introduites vides dans le rectum ou dans le vagin, puis gonflées au moyen de l'air ou de l'eau, de manière à remplir le petit bassin et à forcer le fond de l'utérus à se relever.

Ce moyen proposé par Desault, a été employé par Desgrangres, puis Halpin, Playfair, Bond, Favrot, Churchill, Bernutz... Le grave inconvénient de cette méthode est d'exposer à la fausse couche et de déterminer un tenesme qui, en produisant des efforts involontaires, tend à confirmer et à exagérer le déplacement.

En résumé, l'état général de la malade devra toujours servir de guide pour le choix des moyens à employer ; tant qu'il est satisfaisant, tant qu'il n'y a pas de péril en la demeure, on doit s'en tenir au traitement symptomatique. « On ne peut disconvenir que le succès ne suive souvent cette pratique et que les efforts de réduction qui interviennent au moment même où des accidents inflammatoires se sont manifestés sous l'influence de la rétention

prolongée des urines et des fèces ne soient fréquemment la cause d'une metro-péritonite grave, même dans les cas où la réduction est obtenue. Il est donc prudent de pousser l'expectation aussi loin que possible et en tout cas d'agir avec ménagement » (1). Il ne faudrait pas cependant attendre indéfiniment; le traitement symptomatique ne suffit pas toujours. M. Courtois a rapporté l'histoire d'une femme affectée de rétroversion de l'utérus gravide, et qui finit par succomber après avoir fait fausse couche, malgré le soin que prenait son médecin de la sonder quatre fois par jour et d'entretenir la liberté des selles. On devra donc, si les accidents généraux apparaissent et si des soins intelligents n'ont pu les faire cesser, recourir à des tentatives de réduction manuelle d'abord, et instrumentale ensuite.

Après la réduction il sera bon de prendre certaines précautions et de maintenir la femme dans le décubitus horizontal, jusqu'à ce que la matrice ait acquis des dimensions telles qu'une récidive du déplacement ne soit plus à redouter. Dans le cas de réduction spontanée, on n'a guère à craindre de voir la rétroversion se reproduire, à moins que cet accident n'ait été causé par un traumatisme ; si la réduction est le résultat de manœuvres, le repos sera nécessaire pendant une ou deux semaines au minimum, afin d'éviter, ce qui n'est pas toujours possible, des accidents péritonéaux ou la fausse couche. Quelques auteurs ont aussi proposé de placer un ballon Gariel dans le vagin. Les mêmes précautions doivent être prises après l'accouchement.

4° *Déplétion de l'utérus.* — Parfois tous les efforts, tous

1. Diday, *Gazette hebdomadaire*, 1856.

les soins que nous avons passés en revue, auront été impuissants et cependant les symptômes s'aggravant, la femme paraîtra vouée à une mort certaine. Heureusement, la nature, en pareil cas, nous montre souvent elle-même la conduite à tenir et la marche à suivre ; lorsque les femmes atteintes de rétroversion de l'utérus gravide ont échappé à la mort, sans que la réduction ait été obtenue, c'est à l'avortement qu'elles ont dû leur salut ; c'est donc à l'avortement provoqué que l'accoucheur devra s'adresser en dernier ressort lorsque toutes les autres tentatives auront été impuissantes.

Je n'ai point à démontrer la légitimité de cette opération ; elle me paraît évidente. « Qu'est-ce que la perte d'un embryon à peine formé, comparée à la mort de la mère, qui arriverait infailliblement si la matrice était irréductible » ? s'écrie Capuron, défenseur pourtant et protecteur du produit de la conception.

Nous avons vu, que dans un cas où la situation était des plus graves, Velpeau perfora accidentellement se membranes, et provoqua la fausse couche, ce qui sauva les jours de la malade. Roux (*Acad. de médecine* 1835) rapporte que dans un cas de rétroversion irréductible, Viranus, en désespoir de cause, se décida à pratiquer l'avortement au moyen de l'éponge introduite dans le col. Deux jours après l'expulsion du produit eut lieu, et les symptômes prirent dès lors, un aspect favorable. Le fait suivant nous montre un cas heureusement rare de rétroversion de l'utérus gravide, et une guérison inespérée après un avortement provoqué dans des conditions exceptionnellement mauvaises. J'en dois la communication à M. le

Dr Lafforgue, professeur d'accouchements à l'Ecole de Médecine de Toulouse, je le prie d'agréer l'expression de ma reconnaissance.

Observation LXXV

Une femme de 30 ans, robuste, enceinte de trois mois et demi, fait un effort violent pour soulever une corbeille pleine de linge mouillé et la mettre sur la tête. Cette corbeille très-lourde était placée sur le sol; en se relevant et au moment où elle élevait la corbeille, elle poussa un cri violent et retomba dans le lavoir. On vient à son secours; elle ressentait une si forte douleur dans le bas-ventre qu'elle ne put se redresser. Apportée chez elle, cette malheureuse femme était en proie à des douleurs intolérables; les calmants ordinaires ayant échoué, elle fut conduite deux jours après l'accident, à la Maternité.

La matrice rétroversée était enclavée dans l'excavation du bassin; tous les moyens de réduction échouèrent; cependant les accidents s'aggravaient : vomissements, rétention d'urine, fièvre, etc.... Le cinquième jour, j'appelai en consultation les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, Viguerie et Estévenet; ils furent d'avis qu'il ne restait d'autre ressource que de provoquer l'avortement. J'attendis encore deux jours : l'état de la malade était devenu alarmant. En présence d'une situation aussi grave, mes collègues qui avaient, à leur tour, tenté inutilement la réduction, furent unanimes pour reconnaître qu'une seule chance restait contre une mort prochaine : l'avortement provoqué.

Il fut pratiqué, de concert avec Estévenet, au moyen d'une sonde introduite dans la matrice et perforant les membranes. La fausse couche eut lieu, sans amener d'accident grave. Pendant plusieurs jours nous désespérâmes de cette intéressante malade; mais après l'expulsion complète de l'embryon et du délivre, une amélioration se produisit et après trois mois de soins, cette jeune femme sortait de l'Hôtel-Dieu complètement rétablie.

Dans certains cas, où l'avortement a paru impossible à

provoquer, quelques auteurs Syms, Hunter, Capuron, Murat,.. conseillent la ponction de l'utérus par le vagin ou par le rectum. Malgré quelques cas de guérison obtenus par cette méthode, c'est un moyen que M. Depaul repousse absolument. « Les conséquences de cette intervention chirurgicale sont aussi redoutables que celles de la rétroversion abandonnée aux seuls efforts de la nature » (Dehous).

Je me contenterai de citer la symphyseotomie proposée par Purcel, Baumgarnter, Jahn, et fortement recommandée par Gardien ; personne ne songera à en faire l'application pas plus que de la gastrotomie conseillée par Callisen (*Système de chirurgie, Hambourg* 1822).

CONCLUSIONS

La rétroversion est un accident de la première moitié de la gestation ; les troubles qu'elle occasionne se manifestent généralement entre le 3e et le 4e mois ;

Les symptômes fonctionnels peuvent marquer le déplacement et laisser croire à une péritonite, à une fausse couche imminente ; malgré un examen approfondi des signes sensibles, des patriciens instruits ont pu confondre la rétroversion de l'utérus gravide avec une hématocèle, une grossesse extra-utérine ;

L'affection appelée *situs obliquus posterior uteri gravidi* n'existe pas; c'est une rétroversion partielle vraie ou fausse consistant non en un changement de direction, mais de forme et due à la dilatation sacciforme du segment inféro-postérieur de l'utérus, dilatation qui peut se produire à toutes les époques de la grossesse. Dans un grand nombre de cas, la rétroversion est antérieure à la grossesse, et ne se manifeste que lorsque la matrice, suffisamment développée par le produit de la conception, vient à comprimer les organes voisins ;

La rétention de l'urine et des fèces favorisant la production de la rétroversion et s'opposant à la réduction de l'organe qui survient souvent spontanément, on doit pour remettre l'utérus en place, opérer d'abord la déplétion de la vessie et de l'intestin et donner au besoin une situation appropriée à la femme ; ce traitement symptomatique réussit le plus souvent.

Si les symptômes généraux s'aggravent sans que la réduction ait été obtenue, il faut recourir à la méthode manuelle d'abord, puis instrumentale.

Enfin, si la réduction est impraticable et ne peut s'obtenir par ces divers moyens, on devra se résoudre à pratiquer l'avortement.

Mayenne, Imp. A. DERENNE. — Paris, boulev. Saint-Michel, 52.